

AVALIAÇÃO DO PERFIL FACTORIAL DA PERSONALIDADE DE MULHERES QUE SOFRERAM UM PARTO PREMATURO

TERESA MORAIS BOTELHO

2003

Dissertação intitulada "*Avaliação do perfil factorial da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro*", apresentada por *Teresa Morais Botelho*, sob a orientação dos *Professores Doutores José Luís Pais Ribeiro e Isabel Leal*, na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia

*Investigação apoiada pela Fundação para a Ciência e
Tecnologia e Fundo Social Europeu, no âmbito do III
Quadro Comunitário de Apoio.*

Dedicado a Helena Morais Botelho
Exemplo de dedicação, força e amor

Determinar a estrutura da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro consubstanciou a questão de investigação, operacionalizada num desenho metodológico de cariz exploratório, observacional e transversal. A amostra, recolhida em duas instituições de saúde na área da Grande Lisboa, foi constituída por 301 mães prematuras. O levantamento dos dados demográficos, clínicos e psicológicos baseou-se num protocolo de avaliação sustentado em dois instrumentos: Questionário de Caracterização da Amostra e Inventário da Personalidade NEO-Revisto (Modelo dos Cinco Factores).

As variáveis clínicas e demográficas caracterizam as participantes da seguinte forma: média de 28,39 anos quando o filho prematuro nasceu; 67,12% primíparas; 79,07% de raça caucasiana; 86,05% casadas; 89,03% coabitavam com parceiro; 64,12% planearam, 95,68% desejaram e 95,59% vigiaram a gravidez; 23,23% tinha outro filho prematuro; 77,74% trabalhou durante a gravidez; 66,77% dos partos foram por cesariana; a criança prematura nasceu com uma média de 31,63 semanas de gestação e 1647,90 gramas.

As variáveis psicológicas traçam um perfil de personalidade evidenciado pela elevada extroversão (E; $p = 0,0001$) e baixo neuroticismo (N; $p = 0,0001$). Assim, as participantes revelam ser pouco hostis (N2; $p = 0,0001$), pouco deprimidas (N3; $p = 0,0001$), pouco vulneráveis (N6; $p = 0,02$) e menos auto-conscientes (N4; $p = 0,02$). São mais assertivas (E3; $p = 0,0001$), mais activas (E4; $p = 0,0001$) e têm mais emoções positivas (E6 $p = 0,0001$). Valorizam pouco a estética (O2; $p = 0,01$) e as acções (O4; $p = 0,02$), mas revelam mais ideias (O5; $p = 0,0001$) e mais valores (O6; $p = 0,04$). São altruístas (A3; $p = 0,04$), com boa auto-disciplina (C5; $p = 0,002$) mas menos deliberadas (C6; $p = 0,03$) atribuindo pouca importância ao dever (C3; $p = 0,0001$). Consideradas fortemente femininas, elegem dimensões de afirmação e investimento pessoal e social que se podem revelar antagónicas ao processo de gestação emocional. A estrutura de personalidade da mãe prematura é objecto de reflexão à luz do que se entendem ser os constructos contemporâneos de “Feminino” e “Materno”.

ABSTRACT

The main object of the study was to determine the personality structure of women who delivered prematurely. Based on an exploratory, observational and transversal research design, a sample of 301 premature mothers was obtained in 2 health institutions on the outskirts of Lisbon. The demographic, clinical and psychological data was collected through a research protocol based on the Revised NEO Personality Inventory (Five-Factor Model) and a Sample Questionnaire.

The clinical and demographic variables portray the participant in the following manner: average 28,39 years when pre-term child was born; 67,12% were first time mothers; 79,07% were Caucasian; 86,05% were married; 89,03% lived with partner in family home; 64,12% planned, 95,68% desired and 95,59% monitored the pregnancy; 23,23% had previously given birth to another premature child; 77,74% worked during pregnancy; 66,77% of births were through cesarean section; neonates were born with mean gestational age 31,63 weeks and mean weight of 1647,90 grams.

The psychological variables, when compared with normative values (Portuguese population) depict a personality profile high in Extroversion (E; $p = 0,0001$) and low in Neuroticism (N; $p = 0,0001$). The participants can be characterized as not being hostile (N2; $p = 0,0001$), vulnerable (N6; $p = 0,02$) depressed (N3; $p = 0,0001$) or self-conscious (N4; $p = 0,02$). Instead they are assertive (E3; $p = 0,0001$), active (E4; $p = 0,0001$) and have more positive emotions (E6 $p = 0,0001$). Although they do not appreciate aesthetics (O2; $p = 0,01$) and actions (O4; $p = 0,02$), they are prone to having more ideas (O5; $p = 0,0001$) and values (O6; $p = 0,04$). Altruistic (A3; $p = 0,04$), self-disciplined (C5; $p = 0,002$), less deliberate (C6; $p = 0,03$) they are not very committed to duty (C3; $p = 0,0001$).

Being what the authors consider as very “feminine”, their extroverted and active nature on both the personal and social level is analyzed in view of what is commonly expected of a mother-to-be in the process of “emotional gestation”.

RESUMÉ

Déterminer la structure de la personnalité des femmes qui ont souffert un accouchement prématuré a été l'objet d'une investigation, mise en oeuvre sous un dessin méthodologique d'exploration, observation et transversale. L'échantillon a été recueilli dans deux institutions de santé de la région métropolitaine de Lisbonne, constituée par 301 mères de bébés prématurés. Le recensement des données démographiques, cliniques et psychologiques a eu pour base un protocole d'analyse supporté par deux instruments: Questionnaire de caractérisation de l'échantillon et, Inventaire de la Personnalité NEO-Revu (Modèle des Cinq Facteurs).

Les variables cliniques et démographiques caractérisent les participantes de la manière suivante: moyenne de 28,39 ans quand le fils prématuré est né; 67,12% mères du premier fils; 79,07% de la race caucasienne; 86,05% mariées; 89,03% en cohabitation avec un compagnon; 64,12% ont prévu; 77,74% ont voulu et 95,59% ont surveillé la gestation; 23,23% avaient un autre fils prématuré; 77,74% travaillaient pendant qu'elles étaient enceintes; 66,77% des accouchements ont été fait par césarienne; l'enfant prématuré est né avec une moyenne de 31,63 semaines de gestation et 1647,90 grammes.

Les variables psychologiques dessinent un profil de personnalité caractérisé par une forte Extroversion (E; $p = 0,0001$) et bas Neuroticisme (N; $p = 0,0001$). Ainsi, les participantes révèlent être peu hostiles (N2; $p = 0,0001$), peu déprimées (N3; $p = 0,0001$) et peu vulnérables (N6; $p = 0,02$) et moins auto-conscientes (N4; $p = 0,02$). Sont plus assertives (E3; $p = 0,0001$), plus actives (E4; $p = 0,0001$) et ont plus d'émotions positives (E6; $p = 0,0001$). Valorisent moins l'esthétique (O2; $p = 0,01$) et les actions (O4; $p = 0,02$), mais révèlent avoir plus d'idées (O5; $p = 0,0001$) et plus de valeurs (O6; $p = 0,04$). Sont altruistes (A3; $p = 0,04$), avec une bonne auto-discipline (C5; $p = 0,002$) mais moins délibérées (C6; $p = 0,03$) donnant peu d'importance au devoir (C3; $p = 0,0001$).

Considérées très féminines, choisissent des dimensions d'affirmation et d'investissement personnel et social qui peuvent être antagonique au processus de gestation émotionnelle. La structure de la personnalité de la femme qui est mère d'un enfant prémature a fait l'objet d'une réflexion sous l'égide de la post-modernization de la maternité et de l'entendement contemporain des concepts de «féminin» et «materne».

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Doutores José Luís Pais Ribeiro e Isabel Leal por terem acreditado, por terem incentivado e por terem partilhado a sabedoria. *Aos dois e, a cada um em particular, estende-se hoje e sempre, o meu sentido reconhecimento.*

À Professora Doutora Maria do Céu Machado pelo sempre presente apoio e por um dia ter “contagiado” uma mera estagiária de psicologia com o fascínio pelos “pequenos-grandes” seres humanos que são os prematuros.

Às mães de crianças prematuras, fonte de respeito, aprendizagem clínica e descoberta científica, o meu profundo reconhecimento por terem aceite integrar este estudo.

À Escultora Maria Morais que, com a sua genialidade artística, matizou e deu forma à imagem da mulher que é mãe prematura. *Muito, muito obrigada...*

À Dra. Ana Paula Ribeiro de Almeida pelo esforço magnânimo na assistência à investigação, recolha da amostra e introdução de dados. *Obrigada, Ana Paula!*

À Maria José Saraiva e à notável equipa do Centro de Recursos Sociais da Liga Portuguesa de Deficientes Motores, pelo zelo e profissionalismo revelados na elaboração da capa e compilação gráfica deste documento. *A todos vós, o meu Tributo!*

À equipa do Núcleo de Psicologia do Departamento de Pediatria do HFF, Dras. Filipa Pancada Fonseca, Leonor Ferreira e Rita Novais cuja dedicação, empenho e profissionalismo mantiveram um serviço em pleno funcionamento, apesar das muitas ausências da coordenadora... *Orgulhosamente Grata!*

À Dra. Maria de Jesus Correia, em particular, e à Dra. Lília Brito e Maria José Monteiro pela ajuda sempre pronta na recolha da amostra, dos dados estatísticos e questões afins. *Convosco comecei e convosco continuo, obrigada!*

Ao António Santos, pelo empenho revelado a bem da formatação gráfica deste documento.

À fabulosa equipa do Centro de Investigação e Formação Maria Cândida da Cunha e, muito em especial, à Dra. Alexandra Mendes que, com brio e amizade, correspondeu sempre às solicitações de pesquisa e recursos. *Obrigada Alex, obrigada colegas.*

Ao Jorge Miranda, pela forma eficaz como foi resolvendo as diversas angústias informáticas, *o meu "Giga" obrigado!*

À Dra. Maria de Deus Areias, fiel companheira na caminhada da psicologia, desde os tempos de faculdade, pelas sugestões e correcções ao texto. *Obrigada Grande Amiga!*

À Dra. Susana Serrão, grande obreira das correcções e revisões, pela elevada dedicação e perfeccionismo que imprimiu à revisão do texto. *Foste absolutamente "preciosa"!*

À Dra. Sandra Sousa de Almeida, cujo apoio incondicional e amizade constituíram uma Grande Lição de Vida. *A minha sentida homenagem.*

À Sra. D. Maria Ivone Morais, cuja vontade e entusiasmo em ver esta investigação finda, serviu de inspiração e motivação nos momentos em que as mesmas ameaçavam ruir. *Obrigada Avó!*

Aos meus amigos, claqué incondicional de apoio, que jamais me deixaram perder de vista aquilo que é verdadeiramente importante. **OBRIGADA.**

A todos, bem hajam!

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|---------------|
| Índice de Figuras | 19 |
| Índice de Quadros..... | 21 |
| Índice de Anexos | 23 |
| PREÂMBULO..... | 25 |
| CAPÍTULO I: SOBRE O FEMININO, A GRAVIDEZ, O PARTO E O MATERNO | |
| 1.1. Introdução | 33 |
| 1.2. Sobre o Feminino..... | 36 |
| 1.2.1. Constructos em torno do Feminino: Uma Visão Histórica | 36 |
| 1.2.2. Contributos para a Compreensão da Identidade Feminina Contemporânea..... | 46 |
| 1.3. Da Gravidez | 50 |
| 1.3.1. O Processo Gravídico ao longo dos Tempos: Crenças, Rituais e Práticas..... | 51 |
| 1.3.2. Vivências Psicológicas da Gravidez..... | 54 |
| 1.4. Do Parto..... | 66 |
| 1.4.1. Breve Cronologia Histórica..... | 67 |
| 1.4.2. Vivências Psicológicas do Parto..... | 69 |
| 1.5. Sobre o Materno | 71 |
| 1.5.1. Ascensão e Valorização Sócio-Histórica do Papel Materno..... | 71 |
| 1.5.2. A Construção do Conceito de Materno: Precursores Teóricos .. | 77 |
| 1.5.3. A Pós-Modernização da Maternidade | 83 |
| 1.6. Considerações Finais..... | 89 |

CAPÍTULO II: MÃES PREMATURAS – BEBÉS PRÉ-TERMO

| | |
|--|-----|
| 2.1 Introdução | 95 |
| 2.2 Mães Prematuras | 97 |
| 2.2.1 Vivências Psicológicas na Gravidez Pré-Termo | 98 |
| 2.2.2 Pós-Parto e Primeiras Vivências Maternas | 104 |
| 2.3 Bebés Pré-Termo | 109 |
| 2.4 Prematuridade: Uma Questão de Saúde Pública | 112 |
| 2.4.1 Alguns Indicadores sobre a Prematuridade em Portugal | 116 |
| 2.5 Etiologia da Prematuridade: Factores Maternos | 118 |
| 2.5.1 Factores Orgânicos | 120 |
| 2.5.2 Factores Sociais, Psicossociais e Ambientais | 122 |
| 2.5.3 Factores Ansiogénicos e Mecanismos de Coping | 125 |
| 2.5.4 Estudos Epidemiológicos em torno do Nascimento Pré-Termo | 127 |
| 2.6 Relação Mãe Prematura-Bebé Pré-Termo: Que Futuro? | 130 |
| 2.7 Considerações Finais | 133 |

CAPÍTULO III: SOBRE A PERSONALIDADE

| | |
|--|-----|
| 3.1 Introdução | 139 |
| 3.2 "Persona": Percursos e Desenvolvimentos Históricos | 141 |
| 3.2.1 Da Antiguidade à Teoria dos Traços | 147 |
| 3.2.2 A Abordagem Lexical | 155 |
| 3.2.3 O Contributo dos Questionários | 159 |
| 3.3 Um Modelo Compreensivo da Estrutura Factorial da Personalidade | 162 |
| 3.3.1 Os Factores ao longo do Ciclo de Vida | 172 |
| 3.3.2 Um Aglomerado Estatístico de Traços? - Críticas ao Modelo | 174 |
| 3.4 Para uma Teorização da Personalidade | 177 |
| 3.5 Personalidade e Saúde: Empirismos e Teorizações | 184 |
| 3.6 Personalidade e Género | 190 |
| 3.7 A Personalidade e o Materno | 200 |
| 3.8 Personalidade das Mães Prematuras | 206 |
| 3.9 Considerações Finais | 211 |

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

| | |
|---|-----|
| 4.1 Natureza do Estudo | 215 |
| 4.2 Objectivos Específicos | 216 |
| 4.3 Variáveis | 217 |
| 4.3.1 . Variáveis Demográficas | 218 |
| 4.3.2 Variáveis Clínicas | 219 |
| 4.3.3 Variáveis Psicológicas | 221 |
| 4.4 Material | 222 |
| 4.4.1 Questionário de Caracterização da Amostra | 222 |
| 4.4.2 Inventário de Personalidade NEO–Revisto | 226 |
| 4.5 Instituições de Recolha | 242 |
| 4.6 Participantes | 244 |
| 4.7 Procedimento | 247 |
| 4.8 Caracterização Demográfica da Amostra | 249 |
| 4.9 Considerações Finais | 264 |

CAPÍTULO V: RESULTADOS

| | |
|--|-----|
| 5.1 Apresentação dos Resultados das Variáveis Clínicas | 267 |
| 5.2 Apresentação dos Resultados das Variáveis Psicológicas | 290 |
| 5.3 Análise detalhada Factor a Factor | 293 |
| 5.4 Comparações entre Grupos | 300 |
| 5.5 Considerações Finais | 308 |

CAPÍTULO VI: DISCUSSÃO

| | |
|--|-----|
| 6.1 Primeiro Nível de Significação do Perfil de Personalidade: Leitura Conjunta dos Traços de Personalidade | 313 |
| 6.2 Segundo Nível de Significação do Perfil de Personalidade: Os Domínios Comparados | 315 |
| 6.2.1 Plano Afectivo | 316 |
| 6.2.2 Plano Interpessoal | 319 |
| 6.2.3 Padrões de Actividade | 320 |
| 6.2.4 O Estudo das Atitudes | 322 |

| | |
|--|------------|
| 6.2.5 Dimensões Básicas do Carácter | 324 |
| 6.3 A Construção de um Significado: A Personalidade da Mãe Prematura | 325 |
| CAPÍTULO VI: CONCLUSÕES..... | 353 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 363 |
| ANEXOS..... | 387 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1.1: Determinantes das Representações de Gravidez e Maternidade (Canavarro, 2001, p. 21)..... | 61 |
| Figura 3.1: A Hierarquia dos Termos da Personalidade - Das Respostas Comportamentais aos Meta-Traços (Digman, 1997) | 168 |
| Figura 3.2: Categorias de Variáveis Personológicas Incluídas no Modelo Geral de Teorias da Personalidade (Lima & Simões, 2000) | 178 |
| Figura 3.3: A Teoria da Personalidade dos Cinco Factores | 180 |
| Figura 3.4: Os Percursos Reconhecidos que Interligam a Personalidade e a Saúde | 186 |
| Figura 4.1: Distribuição da Variável “Raça Materna” | 251 |
| Figura 4.2: Distribuição da Variável “Estado Civil” das Participantes | 252 |
| Figura 4.3: Distribuição da Variável “Coabitação” das Participantes com o Parceiro .. | 253 |
| Figura 4.4: Distribuição da Variável “Habilitações Literárias Maternas” Por Categorias | 254 |
| Figura 4.5: Caracterização da Situação Profissional da Amostra..... | 256 |
| Figura 4.6: Distribuição da Variável “Rendimento Familiar” Por Categorias de Vencimento (em Euros) | 258 |
| Figura 4.7: Distribuição da Variável “Idade Paterna à Data do Nascimento do Filho Pré-Termo” | 259 |
| Figura 4.8: Caracterização da Variável “Profissão Paterna” | 261 |
| Figura 4.9: Distribuição da Variável “Área de Residência”, por Concelho..... | 262 |
| Figura 5.1: Distribuição da Variável “Idade Materna à Data do Nascimento do Filho Pré-Termo” (N = 301) | 268 |
| Figura 5.2: Dispersão da Variável “Tempo de Gestação”, Medido em Semanas de Gestação (N = 301) | 269 |
| Figura 5.3: Configuração da Variável “Gravidez Considerada de Risco, de Início” (N = 301) | 270 |
| Figura 5.4: Distribuição da Variável “Justificação para o Diagnóstico de Risco Inicial” (n = 272)..... | 272 |
| Figura 5.5: Caracterização da Variável “Actividade Profissional Exercida durante a gravidez” (N = 301) | 273 |

| | |
|---|-----|
| Figura 5.6: Caracterização da Natureza da Actividade Profissional Exercida durante a Gravidez ($N = 301$)..... | 274 |
| Figura 5.7: Caracterização da Variável “Existência de Períodos de Repouso Absoluto” ($N = 301$)..... | 275 |
| Figura 5.8: Distribuição da Variável “Lugar na Fratria”/“Paridade Materna” ($N = 301$)..... | 276 |
| Figura 5.9: Configuração da Variável “Outros Filhos Nascidos Prematuramente” ($n = 272$) | 277 |
| Figura 5.10: Distribuição da Variável “Tentativa de Interrupção Voluntária da Gravidez” ($n = 272$)..... | 278 |
| Figura 5.11: Distribuição da Variável “Acontecimentos de Vida Traumatizantes Ocorridos durante a Gravidez” ($N = 301$)..... | 280 |
| Figura 5.12: Distribuição da Variável “ Incidente Traumático Ocorrido durante a Gravidez” ($N = 301$) | 281 |
| Figura 5.13: Distribuição da Variável “Natureza da Doença Crónica Materna” ($N = 301$)..... | 282 |
| Figura 5.14: Distribuição da Variável “Hábitos Tabágicos durante a Gravidez” ($N = 301$)..... | 283 |
| Figura 5.15: Distribuição dos Hábitos Alimentares da Amostra durante a Gravidez - Variável “Número de Refeições Por Dia” ($n = 272$)..... | 284 |
| Figura 5.16: Distribuição da Variável “Gravidez Planeada” ($N = 301$)..... | 285 |
| Figura 5.17: Distribuição da Variável “Gravidez Desejada” ($N = 301$)..... | 286 |
| Figura 5.18: Distribuição da Variável “Tipo de Parto” ($N = 301$) | 287 |
| Figura 5.19: Distribuição da Variável “Peso à Nascimento” ($N = 301$) | 288 |
| Figura 6.1: Plano Afectivo – Facetas com Diferenças Significativas..... | 317 |
| Figura 6.2: Plano Interpessoal – Sumário das Facetas com Diferenças Significativas..... | 319 |
| Figura 6.3: Padrões de Actividade – Sumário das Facetas com Diferenças Significativas..... | 321 |
| Figura 6.4: Estudo das Atitudes – Sumário das Facetas com Diferenças Significativas..... | 323 |
| Figura 6.5: Dimensões Básicas do Carácter – Sumário das Facetas com Diferenças Significativas..... | 324 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1.1: Tarefas Desenvolvimentais da Gravidez e Puerpério (Canavarro, 2001, p. 38)..... | 56 |
| Quadro 1.2: Resumo dos Contributos Psicanalíticos para a Construção do Conceito de Materno..... | 79 |
| Quadro 2.1: Resumo de Alguns Factores Etiopatogénicos da Prematuridade, de Cariz Biológico ou Social (constantes da literatura)..... | 133 |
| Quadro 3.1: Unidades/Constructos Básicos da Personalidade | 144 |
| Quadro 3.2: Tipologias Morfológicas de Kretschmer e Sheldon | 148 |
| Quadro 3.3: O Longo Caminho do FFM..... | 162 |
| Quadro 3.4: Características do Modelo dos Cinco Factores..... | 171 |
| Quadro 3.5: Abordagens Empíricas em torno do Contributo da Personalidade Materna sob Algumas Variáveis da Criança e da Díade | 204 |
| Quadro 4.1: Listagem do Número, Codificação, Identificação e Natureza das Variáveis Demográficas..... | 218 |
| Quadro 4.2: Listagem do Número, Codificação, Identificação e Natureza das Variáveis Clínicas | 220 |
| Quadro 4.3: Listagem do Número, Codificação, Identificação e Natureza das Variáveis Psicológicas | 221 |
| Quadro 4.4: Itens, Conteúdo, Natureza da Pergunta e Natureza das Variáveis Constantes do Questionário de Caracterização da Amostra | 225 |
| Quadro 4.5: Breve Resenha Histórica sobre a Construção e Desenvolvimento do NEO-PI-R..... | 227 |
| Quadro 4.6: Domínios e Facetas que Integram o NEO-PI-R (Adaptado de Lima, 1997)..... | 228 |
| Quadro 4.7: Resumo Ilustrativo de Aplicações do NEO-PI-R no Campo da Psicologia da Saúde | 242 |
| Quadro 4.8: Distribuição da Amostra pelas Instituições de Recolha | 243 |
| Quadro 4.9: Resumo da Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra | 246 |
| Quadro 4.10: Categorização da Variável “Habilitações Literárias Maternas” .. | 253 |
| Quadro 4.11: Síntese da Classificação Nacional de Profissões | 255 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 4.12: Categorização da Distribuição Financeira do Agregado Familiar (Variável “Rendimento Familiar”) por Níveis de Rendimento..... | 257 |
| Quadro 5.1: Identificação e Codificação das Variáveis Clínicas | 267 |
| Quadro 5.2: Categorização da Variável “Idade Materna à Data do Nascimento do Filho Pré-Termo” | 268 |
| Quadro 5.3: Categorização da Natureza do Esforço Físico Inerente à Actividade Profissional | 273 |
| Quadro 5.4: Classificação da Variável “Acontecimentos de Vida” (Adaptado de Holmes & Rahé, 1967)..... | 279 |
| Quadro 5.5: Categorização Percentual da Variável “Natureza da Doença Crónica Materna” | 281 |
| Quadro 5.6: Categorização da Variável “Número de Cigarros Fumados Por Dia durante a Gravidez” | 283 |
| Quadro 5.7: Categorização da Variável “Número de Refeições Por Dia durante a Gravidez” | 284 |
| Quadro 5.8: Caracterização do Perfil Factorial da Personalidade da Amostra (N = 301) | 292 |
| Quadro 5.9: Comparação do Perfil Factorial entre as Participantes 17 - 20 anos (n = 21) e as Participantes 21 - 46 anos (n = 280)..... | 301 |
| Quadro 5.10: Análise de Variância entre “Rendimento Familiar” (VD2) e Perfil Factorial | 303 |
| Quadro 5.11: Comparação do Perfil Factorial das Participantes com (n = 37) e sem (n = 263) Acontecimento de Vida Traumatizante | 306 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| Anexo A: Tabela de Reajustamento Social de Holmes & Rahé (1967) | 387 |
| Anexo B: Listagem Completa das Variáveis Demográficas, Clínicas e Psicológicas..... | 389 |
| Anexo C: Exemplar da Carta de Solicitação de Participação | 391 |
| Anexo D: Questionário de Caracterização da Amostra..... | 393 |
| Anexo E: Caderno do NEO-PI-R | 397 |
| Anexo F: Folha de Resposta do NEO-PI-R | 409 |
| Anexo G: Medidas e Desvios Padrões da Forma S – Mulheres entre os 17 e os 20 Anos..... | 411 |
| Anexo H: Medidas e Desvios Padrões da Forma S – Mulheres entre os 21 e os 84 anos | 413 |
| Anexo I: Síntese Descritiva das Instituições de Recolha | 415 |
| Anexo J: Comparação do Perfil da Personalidade entre o Subgrupo “Raça Negra” ($n = 58$) e Subgrupo “Outras Raças” ($n = 243$), da Variável “Raça Materna” | 425 |

PREÂMBULO

No Mundo, em cada ano, cerca de 13 000 000 de mulheres entram em trabalho de parto, abrupta e inesperadamente, antes do fim do período gestacional.

Perante esta realidade, o parto prematuro é, nos tempos de hoje, um fenómeno de primordial importância para a saúde pública em geral e, em particular, para as instituições de saúde, suas práticas clínicas e respectivos grupos profissionais. Os factos descritos assumem ainda uma maior relevância se se atender à relação entre o nascimento ante-termo e as taxas de mortalidade e morbilidade infantis.

Por todas estas razões, a prematuridade apresenta-se como um indicador de relevo para a “saúde de uma nação”. Dada a sua complexidade e natureza multi-facetada, o parto prematuro tem sido objecto de investigação em diferentes quadros profissionais, teóricos e metodológicos, sendo actualmente considerado como um acontecimento de vida inscrito no ciclo reprodutor da mulher.

13 000 000 de mulheres são mães prematuramente. Estas mães prematuras vêem a sua gravidez fisiológica e o respectivo processo de gestação emocional cerceados. Acresce a esta dura realidade o facto de serem confrontadas com o seu bebé pré-termo, um minúsculo ser humano que, na maioria das vezes, não pode ser abraçado, embalado ou levado para casa para mimar e mostrar.

Nestes contextos de saúde, nomeadamente de saúde hospitalar, a prematuridade da mãe, a prematuridade do bebé e o conjunto de vivências bio-psicológicas daí resultantes, assumem-se como novos domínios de intervenção em psicologia e prefiguram novos paradigmas que emergem da Psicologia da Saúde e da Psicologia da Gravidez e da Maternidade.

As implicações de um nascimento ante-termo para a sobrevivência e desenvolvimento do bebé, o reajustamento psicológico da mulher no pós-parto, a dinâmica de casal e a parentalidade com o filho pré-termo, despoletam uma situação de crise que, não raras vezes, carece de intervenção psicológica. Em sede hospitalar, a intervenção atempada na situação de crise ocorre de forma protocolada originando, na maioria das circunstâncias,

um acompanhamento psicológico. Da prática clínica com estas mães prematuras é possível verificar a existência de sentimentos de depressividade, ansiedade e culpabilidade, nomeadamente aquando do confronto com o recém-nascido pré-termo. Esta labilidade emocional é caracterizada por oscilações entre períodos de culpabilidade/depressividade a que se sucedem períodos de exteriorização ansiogénica. A dinâmica psicológica da mãe prematura tem sido amplamente anotada na literatura e estudos afins.

Porém, a intervenção e compreensão da psicologia no que respeita à prematuridade não se esgota na introdução de estratégias que permitam à mãe (e ao casal) fazer face à situação de crise, ajudar a reforçar as competências maternas ou, mais tarde, estimular o desenvolvimento da criança prematura. Com efeito, a psicologia tem vindo também a analisar e a investigar os mecanismos que estão na génese do parto prematuro ou que propiciam o desenrolar deste acontecimento de vida. Assim, descortinar os contributos psicológicos para o desencadear de partos prematuros de mulheres sem factores de risco aparentes (ou conhecidos) ou de partos prematuros sucessivos de uma mesma mulher, consubstancia uma pesquisa de fulcral importância para a Psicologia da Saúde, assim como para a Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Apesar de as mulheres recorrerem à anti-concepção e a gravidez ser mediada por processos de reprodução medicamente assistida ou qualquer outra situação muito longe de uma original “natureza”, assume-se que a gravidez se inscreve num acontecimento de vida “natural”. Ainda assim, o facto de uma mulher parir antes de tempo, endossa, quase de imediato, para a ideia de que alguma coisa nela vai mal ou sofre de patologia.

A ideia de que a mãe prematura padece de algo de “mal” ou de qualquer tipo de patologia, assim como as constatações clínicas de labilidade emocional aquando do pós-parto, nortearam a investigação psicológica nas últimas décadas, conduzindo ao levantamento de características psicopatológicas da mulher que dá à luz prematuramente. Por esta razão, os últimos vinte anos foram prolíferos no inventariar de atributos, atitudes, estados, sintomas e quadros, de cariz psicopatológico da mãe prematura.

O que sobressai da bibliografia relativa ao cruzamento das variáveis “personalidade materna” e “prematuridade” assume, deste modo, um marcado enfoque psicopatológico. Na verdade, a investigação psicológica em torno da personalidade da mãe prematura tem partido da premissa de que a personalidade com traços patológicos é um factor

etiopatogénico do parto prematuro. Assim, o estudo da personalidade da mãe prematura, como variável psicométrica, foi pesquisado com recurso a conceptualizações psicopatológicas e, conseqüentemente, avaliado através de instrumentos que determinam um perfil psicopatológico. São manifestamente escassos, quase inexistentes, os trabalhos que operacionalizam a personalidade materna destas mulheres e que não postulam, *ab initio*, uma personalidade materna marcada por traços psicopatológicos.

Acresce referir que a maioria dos estudos conduzidos nas últimas duas décadas têm primado pela investigação da díade mãe-bebé desde os primeiros tempos de vida e até ao final da primeira infância. Pese embora o facto de ser o cume da investigação, no que respeita à etiopatogenia do parto prematuro, o levantamento dos factores etiológicos assume invariavelmente o modelo *pathos* no que diz respeito aos contextos maternos de natureza física, psicológica ou social. A mãe prematura como objecto de estudo exclusivo na sua singularidade estrutural, sem estar convencionada a modelos psicopatológicos, tem sido largamente esquecida.

Olhando então para estas mulheres abdicando do prisma *pathos*, constata-se que permanece por desvendar um aglomerado de perguntas: Quem são as mulheres que têm filhos prematuramente? Qual a sua personalidade? Como serão como mulheres? E como mães? Existirá um perfil de personalidade correspondente à mãe prematura? Porque não conseguem levar a gravidez até ao fim?

Procurando contribuir com respostas acreditadas para estas interrogações, definiu-se como questão de investigação, trave mestra do presente estudo, ***a identificação da estrutura da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro.***

Esclarecendo, o objecto da investigação assenta numa encruzilhada de saberes psicológicos. Ora, tal como previamente se deu conta, são manifestamente escassos os contributos teóricos que se prestam ao seu cabal esclarecimento. Pela escassez de material existente, não se revela possível inscrever esta área do saber psicológico num quadro de referência teórica exclusivo. Na verdade, a "personalidade das mulheres que sofreram um parto prematuro" apresenta-se como uma área do saber psicológico que coexiste no interface conceptual entre a Psicologia da Saúde, a Psicologia da Gravidez e da Maternidade, a Psicologia da Personalidade e a Psicologia da Mulher.

Seguindo a orientação destes escritos, cujas fronteiras estabelecem os interfaces que delimitam a temática em apreço, caminhou-se no sentido da avaliação plena da personalidade da mãe prematura. Assumindo-se, como já se referiu, o abandono dos quadros e instrumentos de avaliação da personalidade psicopatológica, elegeu-se como quadro de referência para a avaliação da personalidade o Modelo dos Cinco Factores (Costa & McCrae, 1987, 1992; McCrae & John, 1992).

Ribeiro (1999), citando Ozer e Reise (1994), salienta que a avaliação da personalidade é uma prática científica que visa: a) determinar as características que constituem diferenças individuais importantes, b) desenvolver medidas precisas de tais atributos e, por último, c) explorar amplamente o significado das consequências da identificação e medição de tais características. Com base nas directrizes ora expostas, efectuou-se o levantamento da personalidade da mulher que deu à luz prematuramente, procurando determinar a existência, ou não, de similitudes no seu traçado factorial. Legitimando tal propósito, desenhou-se um estudo exploratório, comparativo e de natureza transversal, seleccionando-se como instrumento para a avaliação da personalidade o Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). Encontrando-se este instrumento aferido para a população portuguesa (Lima, 1997; Lima & Simões, 2000), comparou-se o conjunto de resultados das participantes com os respectivos valores normativos. Porém, a compreensão plena da mulher que não consegue conter a gravidez até ao fim não se cingiu exclusivamente à determinação do perfil factorial. Explorou-se exaustivamente o significado dos perfis factoriais obtidos com recurso à informação de cariz sócio-demográfico e clínico recolhida através do Questionário de caracterização da amostra.

Há ainda que assinalar que se procurou sedear a recolha da amostra em duas das maiores maternidades do país: o Hospital Fernando Fonseca e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, onde nascem em média por ano (médias dos anos 2000 e 2001) cerca de 5314 e 5582 bebés, respectivamente. Inseridos nestas expressões de natalidade encontram-se os recém-nascidos abaixo dos 2500g. Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa a média de recém-nascidos de baixo peso eleva-se a 712 enquanto que no Hospital Fernando Fonseca, a média correspondente situa-se nos 437 recém-nascidos por ano. Sendo certo que nem todos os recém-nascidos inseridos neste grupo de baixo peso (< 2500g) correspondem a recém-nascidos pré-termo, as estatísticas ora apresentadas atestam o visível contributo no panorama nacional das duas unidades hospitalares (escolhidas como

instituições de recolha da amostra) para a natalidade em geral e para a natalidade pré-termo em particular.

A informação contida no presente documento encontra-se estruturada em três grandes blocos, correspondendo respectivamente cada bloco às matrizes teórica, metodológica e analítica da investigação que o documento reflecte. Nos Capítulos I, II e III procede-se ao enquadramento do objecto da investigação na matriz teórica. Seguidamente, os Capítulos IV e V dão corpo à matriz metodológica onde se procura, num primeiro momento (Capítulo IV), operacionalizar os objectivos da investigação num desenho metodológico e, posteriormente (Capítulo V), enunciar os resultados obtidos através deste desenho. Numa derradeira etapa do documento e antes da apresentação das conclusões do estudo, nos Capítulos VI e VII, submetem-se os resultados a uma reflexão e análise teóricas. Todavia, para uma leitura mais detalhada dos conteúdos dos programas, enuncia-se de seguida o conteúdo dos capítulos que constituem o presente documento.

Considerando que a mulher que é mãe prematura é, antes de mais e acima de tudo, uma mulher, inicia-se o enquadramento teórico descrevendo a construção das identidades Feminina e Materna obedecendo à lógica temporal do Ciclo de Vida da Mulher: Identidade Feminina – Gravidez – Parto – Maternidade. O percurso teórico desenvolvido vai ao encontro dos constructos “feminino” e “materno”, extraordinariamente importantes para a compreensão da mulher contemporânea. Dada a sua relevância, far-se-á uma breve retrospectiva sócio-histórica dos mesmos, de modo a assinalar as evoluções sofridas por cada conceito ao longo dos tempos. O primeiro capítulo é ultimado trazendo à colação as mais recentes teorizações e postulados sobre a mulher Pós-Moderna.

O segundo capítulo visa dar a conhecer a díade Mãe prematura – Bebé pré-termo. Neste capítulo procura-se fazer o escrutínio da relação entre as duas partes desta díade prematura, desde as primeiras vivências no período gravídico, ao parto e ao primeiro contacto, até ao vincular da relação. Se por um lado existe uma mulher que é mãe antecipadamente, por outro existe um bebé que nasceu antes do tempo. O bebé pré-termo e os critérios em que se inscreve a sua prematuridade (peso à nascença e idade gestacional) serão objecto de explanação neste capítulo que é, simultaneamente, dedicado a estes pequenos-grandes seres humanos. Embora se tenha assistido, nos últimos anos, a um assinalável interesse, internacional e nacional, pelo crescente fenómeno da prematuridade, certo é que a leitura e análise da sua etiologia tem sido fundamentalmente

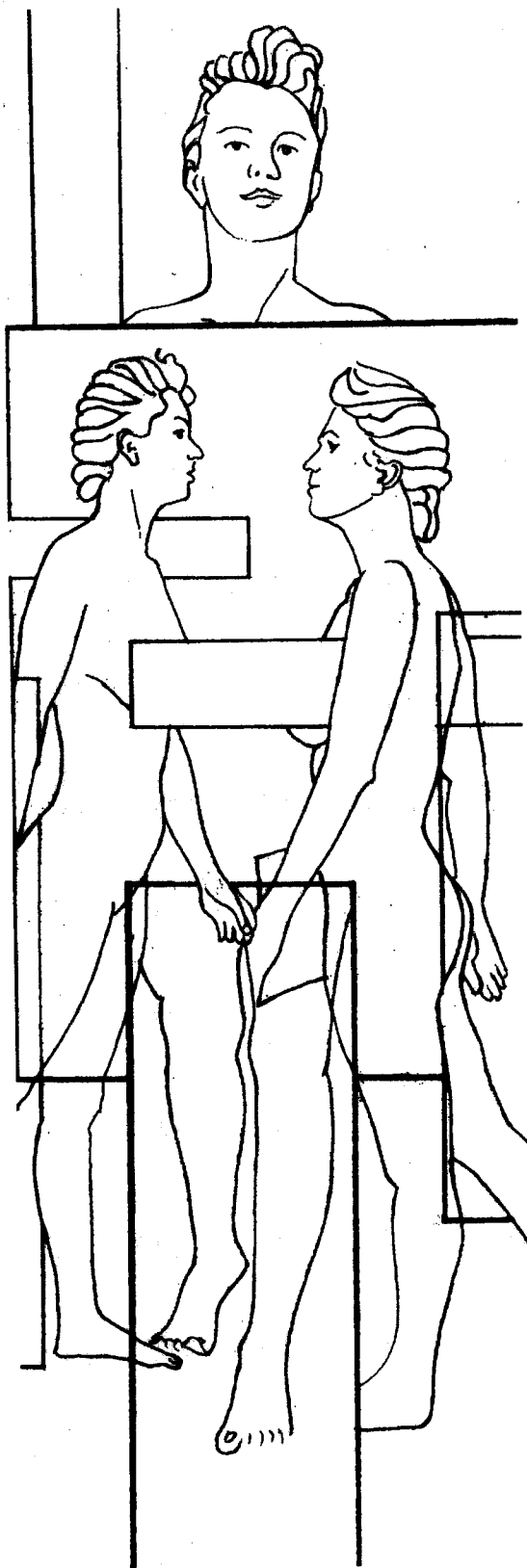
conduzida através de factores de etiopatogenia materna que merecerão, no Capítulo II, a devida reflexão.

Conhecidas as trajectórias da identidade feminina, gravidez, parto e maternidade e descrita a díade mãe prematura bebé pré-termo, importa descrever os domínios da personalidade. Com recurso a um enquadramento histórico, delinear-se-á o desenvolvimento do conceito “personalidade” por forma a desenhar o seu enquadramento no Modelo dos Cinco Factores e respectivo quadro teórico. Por último, introduzem-se os cruzamentos conceptuais e empíricos entre a personalidade e os domínios da Saúde, do Género e do Materno. Encerra-se a explanação teórica com um sub-capítulo destinado à exposição da matéria bibliográfica e empírica que versa especificamente a personalidade das mães dos prematuros.

Partindo de um estudo piloto ($n = 29$) foram observadas várias diferenças, dotadas de relevância estatística, ao nível do perfil da personalidade de (Botelho & Leal, 2001). Com vista a aprofundar este perfil factorial, para a actual investigação foi construído um desenho metodológico de cariz exploratório, observacional e transversal, cujos procedimentos, variáveis, material e instituições de recolha serão objecto de referência no Capítulo IV. Neste capítulo merecem igualmente destaque os objectivos específicos que decorrem do objecto de estudo e, bem assim, a caracterização demográfica da amostra.

Tal como previamente referido, nos restantes capítulos (Capítulos V e VI) os resultados decorrentes do estudo serão objecto de apresentação, discussão e análise fazendo jus aos quadros referenciais que encabeçaram a apresentação teórica do objecto da investigação. Finaliza-se o documento em apreço com um conjunto de conclusões apresentadas no Capítulo VII que procuram encerrar as questões de investigação analisadas nos capítulos anteriores e lançar novos domínios de investigação futura nesta área do saber psicológico.

Por último, assinala-se que aproximadamente 1000 mulheres portuguesas sofrem, em cada ano, um parto prematuro, nascendo anualmente cerca de 1000 bebés pré-termo. Face à envolvente humana e social, este acontecimento de vida merece toda a dedicação clínica e científica. A presente investigação é mais um contributo para o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido.



CAPÍTULO I

SOBRE O FEMININO, A GRAVIDEZ, O PARTO E O MATERNO

1.1 Introdução

Mulher. Que dizer de um ser que, ao longo dos tempos, tem vindo a ser sucessivamente potenciado, assistindo-se a uma participação em expoente nos domínios civilizacionais, sociais e culturais? Feminino. Que dizer de um constructo em constante mutação e imbuído de uma semântica cada vez mais complexa e sofisticada?

Desde os primórdios do *Homo Sapiens* que se prefiguraram duas actividades que, até tempos recentes, jamais deixaram de ser apanágio do homem e da mulher, respectivamente. Se, por um lado, a caça e a guerra eram actividades de atribuição exclusiva do homem, do masculino; a maternidade e os cuidados maternos eram, por outro, exclusivamente destinados à mulher, ao feminino (Badinter, 1986, 1992). Apesar das ondas de mudança sócio-históricas e da proliferação de doutrinas que no decurso da humanidade reescreveram o papel da mulher, certo é que os valores e crenças ajuizados sobre a mulher são de tal modo expressivos que, em pleno Século XXI, as representações sociais, inscritas nas teorias da atribuição, estão povoadas de estereótipos sociais.

Revisitando alguns desses estereótipos, assumidos por alguns autores como tratando-se de verdadeiros mitos, propagados através dos tempos e das culturas (Badinter, 1986, 1992; Birns & Ben-Ner, 1988; Duby & Perrot, 1992; Joaquim, 1983, cit. Correia, 2001; Joaquim, 1997; Lee, 1998), nomeadamente o mito da maternidade, constata-se que o mesmo procura enfatizar a função reprodutora da mulher. Esta crença visa assinalar que a determinada altura da vida da mulher o seu relógio biológico desperta, pelo que esta tudo abandonará para cumprir o seu designio e submeter-se ao desejo imperioso de ser mãe. A sublime importância de procriar e ter filhos pode ser observada num dizer do povo português: “Casa sem criancinhas, gaiola sem passarinhos”. Fortemente instituído no imperativo de ser mãe encontra-se ainda outra crença que assume o amor materno como algo de “instintivo”. Esta representação assume que o amor materno é gerado desde o primeiro momento, num processo natural, espontâneo e eterno. Por via deste mito, a relação mãe-filho é inscrita num manto de amor instintivo.

No que diz respeito aos papéis sociais e respectivas divisões sociais do trabalho e, novamente em estreita associação com a ideologia do amor materno, surge outro estereótipo social: A mulher como fada do lar (Amâncio, 1994; Belo, 1996; Duby & Perrot, 1992; Gillespie, In Sher & St Lawrence, 2000; Gross, In Ussher, 2001). Esta representação social visa “empurrar as mulheres para casa” (Amâncio, p. 22) e funda-se não só na crença de que mais ninguém (incluindo o pai da criança) sabe cuidar do filho, como também faz eco de antigos testemunhos, segundo os quais os trabalhos domésticos, os cuidados parentais e familiares são da exclusiva responsabilidade da mulher. Encontram-se ecos na sabedoria popular portuguesa assinala desta divisão social do trabalho, nos seguintes provérbios: “Do homem a praça, da mulher a casa” e “Boa mulher nunca está ociosa”.

Outro estereótipo, direccionado para a emotividade feminina, invoca o excesso de hormonas femininas para justificar o presumível carácter irracional e temperamento instável da mulher (por oposição ao do homem). A respeito desta representação, vários autores referem que as sociedades Greco-Romana e Judaico-Cristã prestaram variados contributos para propagar a crença de que as hormonas femininas, manifestadas, por exemplo, através do ciclo menstrual, tornavam as mulheres criaturas impuras possuídas por um humor irascível (Barbaut, 1990; Badinter, 1986, 1992; Duby & Perrot, 1992; Lee, 1998).

Um último estereótipo social reporta-se à “mulher objecto” (Lee, 1998, p. 10 - 11). Em sintonia com esta representação o valor da mulher é aferido pelos atributos físicos e corporais que são susceptíveis de despertar a atenção masculina. Obedecendo a tais requisitos, a mulher deverá estar potencialmente disponível para a relação sexual com o homem. Na língua portuguesa constata-se a existência de pelo menos um provérbio que apela não só ao estereótipo da divisão social do trabalho, como também ao da mulher objecto, não atribuindo qualquer valor ao trabalho exigido à mulher não só para a execução do seu papel doméstico como, também, para os cuidados necessários para se aprumar: “Casa varrida e mulher penteada, parece bem e não custa nada”.

Actualmente, no seio das sociedades ocidentais, tais representações sociais, ainda que patentes nos estereótipos sociais de género, estão longe de representar a mulher de hoje. Numa época caracterizada pelo acesso à maioria das carreiras do mercado de trabalho, pela flexibilização dos valores sobre a sexualidade e as relações íntimas, pelo acesso a variados métodos anticoncepcionais e pelo avanço das tecnologias de fertilização, monitorização do desenvolvimento fetal e analgesia, os percursos pessoais da mulher podem assumir as mais diversas configurações. Baseando-se nestes fundamentos, à mulher de hoje quase tudo é possível. Comparada com a mulher de outros tempos, quase tudo é permitido. Nas sociedades ocidentais, longe vão os tempos em que o feminino não existia ou se cerceava a sua expressão aos desígnios do materno. Longe vão também os tempos da mescla de conceitos “feminino-gravidez-materno”, como se de um todo fusional se tratasse. Os escritos contemporâneos sobre a identidade feminina fazem prova da delimitação clara entre estes conceitos e das suas fronteiras conceptuais e teóricas.

Decorrente da evolução social, tecnológica e laboral, por entre estereótipos, marcos históricos e representações sociais, a mulher foi prosseguindo a sua trajectória de desenvolvimento na história da humanidade. “Ela está grávida!” ou “Já foi mãe!”, são expressões do quotidiano empregues para traduzir momentos marcantes na vida de uma mulher, pronunciando-se como se constituíssem acontecimentos estanques e, por si só, delimitados. Afigura-se hoje como um dado adquirido que, quer a gravidez quer o parto ou o nascimento de uma criança, mais não são do que partes de um todo sobejamente mais vasto e mais complexo. São etapas de um processo e, muito mais do que um ponto de chegada, constituem, outrossim, um ponto de partida.

Dá-se então início a esta reflexão teórica, por aquilo que constitui o seu princípio: O género feminino.

1.2 Sobre o Feminino

Ser mulher. Ao longo de séculos, o que foi instituído como parte integrante do “ser mulher” e o conjunto de princípios, comportamentos e atitudes pelos quais a mulher se tinha teria que reger para se assumir como tal, era ditado, nas diferentes sociedades e nas mais diversas épocas, por homens: filósofos, teólogos, juristas, médicos, moralistas, pedagogos e psicanalistas. Da antiguidade à época contemporânea, as mulheres são representadas, descritas ou narradas, muito antes de terem elas próprias a palavra e, sempre, pela imagem, pela palavra, do homem. A este respeito, Duby & Perrot (1990a) prefaciando a sua obra *“A História das Mulheres”*, lançam o seguinte repto: “Escrever a história das mulheres? Durante muito tempo foi uma questão incongruente ou ausente. Votadas ao silêncio da reprodução materna e doméstica, na sombra da domesticidade que não merece ser quantificada nem narrada, terão mesmo as mulheres uma história?”

Todavia, quando se procura compreender o constructo social e psicológico da mulher da Era Pós-Moderna, há que recuar através das imagens do homem e dos seus escritos, até aos primórdios. De forma tópica e introdutória, procurar-se-á fazer uma retrospectiva sobre o feminino, o ser mulher ao longo dos tempos.

1.2.1 Constructos em torno do Feminino: Uma Visão Histórica

Embora a história da humanidade esteja pejada de deusas, imperatrizes e rainhas, destacando-se aqui, a título de exemplo, Vénus, Ateneia, Artémis (da Grécia Antiga), Livia e Mesalina (da Época Romana) e Nefertiti, Isis e Cleópatra (Rainhas do Egipto), nem sempre a mulher foi considerada como um ser divino ou poderoso. Bem ao invés, os dados históricos são absolutamente confluentes ao revelar que o género feminino foi sempre considerado inferior ao masculino.

Segundo o filósofo Aristóteles (384 – 322 A.C.), a autoridade do homem é legítima porque assenta na desigualdade natural existente entre os seres humanos. Com efeito, na Grécia Antiga observa-se uma construção social do género marcada pela desigualdade, situando as mulheres numa posição de inferioridade perante os homens. A filosofia de Aristóteles fundamenta a compreensão de uma realidade e ordem sócio-familiar que se manteve durante séculos. É provável que tal se tenha verificado porque nesta época a definição de género encontrava-se fortemente enraizada nas necessidades de defesa, tanto que serviço militar e participação política se convertiam em sinónimos. Decorrente da ênfase atribuída a este estatuto, gera-se na comunidade cívica a crença de que os homens (uma vez que exerciam papéis de acção), seriam superiores às mulheres, por considerarem que estas seriam incapazes de desempenhar papéis com grande carga agressiva. Nesta conjuntura, e porque as mulheres se revelavam incapazes de corresponder às obrigações do serviço militar, eram-lhes negados os direitos de cidadania e de participação política. Na própria medicina de Hipócrates, a mulher é descrita tão somente pela maternidade, pelas mênstruas impuras e pelos humores instáveis. Em suma, em plena Grécia Antiga, a mulher tinha na procriação o seu principal desígnio.

A Sociedade Romana não só importa a tradição helénica como a dota de fundamento legal. Inscreve em plena doutrina jurídica a debilidade quer física quer psicológica da mulher, fazendo-a depender, permanentemente e durante toda a sua vida, de um tutor do sexo masculino. No respeitante ao homem, a Lei Romana previa que apenas os menores de idade careciam de tutor. Assim se verifica que a mulher natural de Roma não só tinha um estatuto marcadamente inferior ao do sexo oposto, como equivalente ao dos seus filhos menores. Perante a conjuntura de discriminação social e jurídica reinante nesta época histórica, a mulher viu-se incapacitada de exercer os direitos de cidadania que eram conferidos exclusivamente aos homens: direito ao voto "*ius suffragi*", direito a desempenhar cargos públicos "*ius honoru*" e direito a formar parte do exército "*ius militiae*" (González, 1996, p. 117-120). Daí em diante, a mulher de Roma irá procurar escapar ao controlo do homem, o que ainda conseguirá no decurso do Império Romano, embora estritamente no foro particular e familiar, permanecendo-lhe vedada a participação pública e política.

As conquistas particulares e familiares da mulher romana foram perdidas com o triunfo do cristianismo. Na tradição Judaico-Cristã, a partir de uma costela do homem, Deus criou a mulher, para ser sua companheira e não sua igual. Eva é criada por um Deus, a partir do corpo do homem, sendo por esta razão nascida duplamente através do masculino e sem qualquer intervenção do feminino. Esta “partenogénese” masculina justifica a diferença qualitativa entre Adão e Eva. O primeiro é plenamente filho de Deus, sendo por isso um ser superior. Durante séculos tal doutrina foi considerada como a ordem natural (também corroborada nos ensinamentos de outras religiões, em que a imagem da mulher emerge confinada ao desempenho de um papel inferior ou secundário).

De retorno à doutrina Cristã, Maria é proclamada como uma mulher perfeita - passiva, obediente e um receptáculo para a vontade de Deus. Acrescendo a esta dura realidade, Maria, como virgem e como mãe, revela-se um ideal inatingível para as mulheres (Badinter, 1986; González, 1996). Assente nestas convicções, a doutrina cristã volta a colocar a mulher no âmbito doméstico, a submetê-la à vigilância masculina e, acima de tudo, a atribuir-lhe a origem de todos os males de que padece a humanidade (Eva). Como tal, e com o triunfo da mentalidade misógina, as mulheres ficam condenadas a parir com dor – perspectiva que se retoma no 1.3.1 do actual capítulo “O Processo Gravídico ao longo dos Tempos: Crenças, Rituais e Práticas”.

O conjunto de vozes medievais sobre as mulheres recai sobre os pregadores, moralistas e pedagogos que, entre os Séculos XIII e XV, impõem à mulher um pesado modelo de comportamento religioso e doméstico. No princípio da época medieval, proliferam discursos repressivos e castradores relativos ao corpo da mulher, instrumento de perdição do homem e sinal indelével do pecado original, levando juristas em pleno Século XIII a legislar sobre o vestuário e os adornos das mulheres. Na segunda metade desta época, o caminho da mulher é traçado obrigando-a à opção por uma de duas vias: casamento ou entrada para a vida religiosa. Fica ainda estipulado que, à mulher, está reservada a maternidade, como função de promoção social e familiar e reprodução da sociedade. Todavia, da Antiguidade à Idade Média, a mulher passa de mito a mistério. Cada mito, demonstra e desmonta uma função feminina, separando-

as das outras. Vida e morte são duas mulheres: uma, a deusa-mãe, gerando o filho, futuro da humanidade; outra, sacerdotisa da guerra, garantindo a sobrevivência através do sacrifício humano. Cada uma, senhora da origem ou do fim da vida, ora benéfica, ora maléfica. O Século XVIII (posteriormente designado como o Século da Mulher) inicia-se e encerra-se com um debate acérrimo à volta das mulheres (Duby & Perrot, 1990b). Neste espectro, as letras, a medicina, a filosofia e a ciência discutem avidamente a mulher. Centralizando todos os discursos, assiste-se a uma busca determinada da misteriosa natureza feminina que, naquele tempo, escapava ao saber médico e científico.

Após assinaláveis avanços, o Século XIX assiste ao nascimento do feminismo, palavra emblemática que tanto designa as importantes mudanças estruturais (trabalho assalariado, autonomia do indivíduo civil, direito à instrução) como o aparecimento colectivo das mulheres na cena política. Por estas razões, este século configura o momento histórico em que a vida das mulheres se altera ou, mais precisamente, o momento em que a perspectiva de vida das mulheres se altera – o tempo da modernidade em que, na qualidade de cidadã, se torna possível à mulher assumir uma posição de corpo inteiro, na esfera social e na esfera política.

Sem prejuízo de se considerar que com o advento do feminismo as mentalidades misóginas (tão velhas quanto a história) seriam ultrapassadas, impera ainda contemplar a doutrina da Época Vitoriana. Numa tentativa óbvia de limitar o desenvolvimento e a ascensão pessoal, social e financeira da mulher, a sociedade vitoriana defendia a existência de duas esferas sociais distintas. Proclamava, também, que os homens estavam naturalmente talhados para as actividades públicas, enquanto que as mulheres eram dotadas para a vida privada em sociedade. Segundo Badinter (1986, p. 185) no seu livro "*Um é o Outro*", até tempos recentes a mulher tem sido vista como um animal que procria e cujo universo se limita à família, enquanto que o homem é considerado como o arquitecto absoluto do macrocosmo. A Ideologia nazi endossa mais outra tentativa, em pleno Século XX, de repressão à participação da mulher. Em "*Mein Kampf*", no índice dos temas tratados, não se encontra

uma única referência à palavra “mulher” (*Frau*) mas antes um termo de raiz biológica, arcaico e de conotação pejorativa: fêmea (*Weibb*). Reforçando então os conceitos dos pensadores misóginos, esta ideologia retoma a tese da bipolaridade masculino/feminino semelhante à do espírito e da matéria, da razão e do instinto, da luz e das trevas.

Mesmo quando se remonta à história da família ocidental, predominam quer o poder paternal quer a autoridade do homem. Segundo Lee (1998, p. 1), ao nível universal, a maioria das culturas humanas são patriarcais. No seio destas culturas, o homem é descrito como um “ser humano padrão”, a “norma”, enquanto que a mulher constitui o “outro”. Os desejos e preocupações dos homens são valorizados por si só, enquanto que a mulher é apenas considerada na medida do seu valor para os homens, para as relações que com eles estabelece e nas diferenças que apresenta face a estes - ou seja, nunca é reconhecida por si só, como entidade individual valorizável. O seu valor resulta sempre da comparação, com peso e medida, ao padrão - o homem - e o resultado de tal comparação é sempre configurado pela negativa. A saúde da mulher também tem sofrido da mesma leitura patriarcal. Assumiu o homem como modelo e a sua saúde como norma, mesmo perante o já clássico paradoxo de que, em termos de saúde, ao longo do ciclo de vida, a mulher padece de mais doenças, embora manifeste uma longevidade superior à do homem. Por razões óbvias, a única área da saúde da mulher cuja avaliação e estudo sempre foram independentes da saúde do homem, prendia-se com a sua capacidade reprodutora (Sherr, p.3; Lee, 1998; Ussher, 1992, 2000).

Ao procurar identificar teorias sobre a formação da identidade feminina, observa-se a existência de uma matriz conceptual comum - o paradigma psicanalítico - cujos postulados teóricos remontam ao seu fundador. Freud sublinhou o conceito de bissexualidade constitutiva, implicando que, em todo o ser humano, haveria uma síntese desejavelmente harmoniosa de traços masculinos e femininos. O pioneiro da psicanálise consubstanciava o conceito acima referido com recurso a fundamentos biológicos (anatômicos e embriológicos), aos processos de identificação e às posições edipianas. A este respeito, em "*Algumas consequências psicológicas da diferença anatómica dos*

sexos" (1925) refere que a psicologia é incapaz de solucionar o enigma da feminilidade. Procedendo do fenómeno universal da bissexualidade, Freud defendia o conflito decorrente deste facto – a inveja do pénis nas mulheres e a atitude feminina nos homens. Segundo Leal (2001, p. 55), a teoria psico-sexual de Freud tenta estabelecer e compreender a feminilidade “por decalque” à teoria anteriormente desenvolvida para o masculino. No ensaio sobre “*A Feminilidade*” (1932), o autor considera que “ser homem” e “ser masculino” são qualidades naturais que todos os humanos valorizam. Inversamente, “ser mulher” e “ser feminina” seria vivido como desvalorizador.

Em data posterior, na sua obra “*Análises Termináveis e Intermináveis*” (1937) sobre o desenvolvimento da identidade feminina, Freud defende que a feminilidade só seria assumida após um processo de luta. A ausência de um pénis faria a menina sentir inveja e o modo como esta inveja é resolvida determina a sua identidade. Uma resolução por excesso poderia culminar no desenvolvimento de atributos masculinos ou no recurso à fantasia para substituir ou obter o tão desejado pénis. Só quando a mulher supera a sua inveja do pénis e deixa de ter o seu erotismo genital focalizado no clitóris estará aberto o caminho da feminilidade. De forma análoga, a rapariga vai ter de abandonar a mãe (embora identificando-se com ela) e assumir o pai como objecto de amor, orientando-se heterossexualmente e tornando-se, através destes movimentos, finalmente feminina.

Esta diferença de sexos descrita sempre em termos de menos e de mais e nunca em termos da alteridade de que Freud foi discípulo, está também patente em Ortega y Gasset. Pela mesma altura em que o primeiro divulgava os textos supra enunciados, Ortega y Gasset, filósofo madrileno, traduzia para espanhol “*O Masculino e o Feminino*” de Simmel, com um prevalecente cariz de subjectividade. Assim, Ortega y Gasset descreve a mulher como sendo dotada de uma inferioridade constitutiva relativamente ao homem, sendo toda a sua existência consagrada ao existir em função do homem. Em suma, para este filósofo (que na prática fez muito para promover as mulheres), mais do que diferente, a mulher era inferior e qualquer aspiração da sua parte à igualdade era não só vã como irrealista. O contributo das mulheres era tido

como considerável, mas sempre como alimento e prazer da vida e da criação dos homens.

Por seu turno Deutsch (1944), em "*The Psychology of Women*", considera que durante os primeiros anos a menina não é masculina e que a "inveja fálica" é importante mas não fundamental para o desenvolvimento da feminilidade. Este desenvolvimento dependeria essencialmente da existência do que designou por trauma genital - consistia em ter vivenciado duas vezes, durante o desenvolvimento sexual infantil, a falta de um órgão para realizar a sua sexualidade activa (pénis) e passiva (vagina). Segundo a autora, a estrutura psicológica da mulher caracteriza-se por um carácter passivo-masoquista, por componentes narcísicos do eu e por uma vivência afectiva das suas funções geradoras (esta vivência antecede a maternidade real). É o equilíbrio destes elementos que caracteriza a mulher feminina. A passividade teria uma componente constitucional ligada a um funcionamento fisiológico (características do clitóris e da vagina); o masoquismo seria a agressividade recalçada na relação com o pai e virada para o próprio eu; o narcisismo vem contrabalançar a tendência masoquista, compensando a humilhação provocada pela inferioridade genital orgânica. Assim, presume-se que a "mulher normal" seja a "mulher feminina", capaz de conciliar as suas tendências narcísicas e a sua aptidão masoquista para suportar o sofrimento.

Deutsch postula também que o afastamento relativamente à figura materna nunca é totalmente conseguido. Rejeita a explicação freudiana segundo a qual a motivação feminina para ter filhos se baseia na inveja do pénis. Atribui-a antes à tentativa da mulher em se opor à passividade feminina. O desejo narcísico de ser amada transforma-a na mulher maternal através da transferência do eu para a criança, que não passa de um substituto do eu. Em suma, numa perspectiva clássica do desenvolvimento psico-sexual, masculino e feminino são compreendidos em função das posições activo/passivo e fálico/castrado que sustentariam a construção da identidade sexual.

Numa crítica explícita a alguns dos postulados de Freud e seus discípulos ortodoxos e heterodoxos, Horney, num artigo intitulado "*The flight from*

womanhood" (1926), considera os escritos destes pioneiros da psicanálise sobre os processos psicológicos femininos excessivamente falocêntricos e sobejamente influenciados pelo enquadramento social da época. Libertando a feminilidade da relação de negativo ou de antítese com que fora colocada face à masculinidade estabelecida por Freud e seus contemporâneos, Horney devolve à condição feminina uma existência e valorização próprias. Rejeita liminarmente a ideia de que a feminilidade na mulher é um substituto dos seus desejos masculinos e que a maternidade e desejo de ter um filho se resuma ao desejo de possuir o pénis. Antes pelo contrário, defende que o desejo de maternidade se apresenta na mulher como um desejo instintivo. Anos mais tarde, Stoller viria a dar continuidade aos contributos de Horney.

Com enfoque no desenvolvimento psíquico precoce, Klein e outros autores da Escola Inglesa vieram, de igual modo, discordar da concepção de feminilidade de Freud. Segundo as considerações de Klein, e contrariando Freud e Deutsch, o género é uma aquisição precoce que ocorre no seio das primeiras identificações maternas, o que antecede a escolha do objecto (explicitando: "o que se quer ser antes do que se quer ter"). No livro *"A Psicanálise de Crianças"* (1969), a referida autora defende que a passagem do investimento do seio frustrador ao pénis constitui o núcleo do conflito edipiano precoce. O desejo oral deste pénis converter-se-á no protótipo do desejo genital (vaginal) do pénis que está investido de qualidades mágicas. A frustração oral provocada pela recusa materna desperta na menina as suas tendências genitais e o pénis do pai converte-se no objecto para onde são canalizados todos os impulsos orais, anais, uretrais e genitais. Este desejo sobrepõe-se ao desejo de possuir um pénis como atributo de masculinidade. Apenas surgirão manifestações de inveja do pénis se a rapariga assumir uma posição masculina. Caso contrário, se a rapariga se mantiver numa posição predominantemente feminina, o comportamento inicial de cobiça e admiração do pénis do pai transformar-se-á numa postura submissa em relação ao sexo masculino.

Stoller (1964, 1968, 1982, 1993), um dos autores que revisitou as teorias clássicas, inscreve o desenvolvimento da identidade de género na relação precoce e no núcleo de identidade de género que, através de uma

psicogénese, opera ao nível fantasmático num jogo de sombras entre o inato, o idiossincrático e o adquirido nas relações precoces. Ao conceber o termo “Identidade de Género”, Stoller admite que esta identidade corresponde a um comportamento de génese psicológica que se poderá associar ao género biológico do sujeito ou não, apresentando-se assim com tendências inversas. Esta inversão verificar-se-ia, por exemplo, em situações em que homens e mulheres vivem de modo oposto ao do seu sexo. O autor desenvolve ainda o conceito de “núcleo de identidade de género” como sendo uma entidade que antecede a formação da identidade do género, tratando-se segundo Leal (2001, p. 59) de: “...um primeiro momento, mesmo temporalmente, da formação da identidade do género em que ainda não há implicações de papéis sociais nem de relações objectais e sendo portanto uma parte daquilo que se costuma chamar narcisismo”. Por outras palavras, é uma convicção que o indivíduo tem sobre o seu self e o seu papel, a percepção que tem do sexo, da sua feminilidade e da sua masculinidade. É a partir do núcleo de identidade de género que se fundam e edificam as relações sociais, resultando o núcleo de identidade de género de um conjunto de vectores: de uma força biológica, enquanto fenómeno de organização neurofisiológica; da atribuição do sexo ao nascimento; da atitude dos pais em relação ao bebé; dos fenómenos biopsíquicos do tipo de aprendizagem; do desenvolvimento de um ego corporal (as sensações físicas que definem as dimensões físicas e psíquicas do sexo do indivíduo).

Stoller (op cit.) defende que a aquisição do género ocorre no contexto de uma feminilidade inicial, uma vez que o primeiro modelo de identificação é feminino (mãe). Deste modo, postula existir uma proto-feminilidade em ambos os sexos. Com este recurso ao conceito de proto-feminilidade defende que, em qualquer cultura, o homem tipicamente teme a ternura e a intimidade, o que se assemelha a um receio e, simultaneamente, anseio de voltar à fusão e à simbiose. Nas mulheres muito masculinas ter-se-á verificado um percurso oposto ao dos homens, isto é, uma interrupção violenta do estágio de simbiose com a mãe. Procurando sintetizar a teoria de Stoller, observamos que a feminilidade deixou de ser o produto de um homem fracassado e que a masculinidade não se afigura como um estado natural que deva ser

preservado. Em manifesto desafio à posição freudiana da superioridade biológica e psicológica dos homens, as mulheres e a feminilidade têm, no seio destes conceitos, um papel predominante, na medida em que a primeira identidade do género resulta da fusão com a mãe. Por este motivo, é a identidade do género masculino que poderá perigar e não a do feminino. O rapaz tem de se revelar capaz de ultrapassar a fusão com a mãe para poder crescer como pessoa separada e masculina.

Alicerçados em conceitos similares, os escritos de Badinter (1986, 1993) propõem a existência de uma bissexualidade comum a ambos os sexos e não apenas um dualismo homem-mulher como entidades que têm necessariamente de ser diferentes uma da outra. Deste modo, quando a identidade sexual se encontra bem definida, é possível que o indivíduo viva e aproveite melhor a sua bissexualidade. Transpondo para a realidade feminina as ideias da autora, as mulheres poderão retirar maiores vantagens da sua bissexualidade e adquirir mais facilmente um sólido sentimento acerca da sua identidade sexual, se comparadas com o homem. Quando seguras da sua feminilidade, são capazes de alternar entre papéis masculinos e femininos sem receios de perderem a sua identidade. A respeito da referida alternância de papéis, e embora tratando-se de outro nível epistemológico, é possível estabelecer um paralelismo entre os postulados de Badinter e a personalidade andrógina conceptualizada por Sandra Bem (1974; cfr. *Personalidade e Género*). Segundo Bem, a personalidade andrógina revela um maior ajustamento psicológico e uma maior auto-estima, decorrente da capacidade de se assumirem papéis instrumentais (masculinos) ou expressivos (femininos) consoante as exigências situacionais.

Por último, no que diz respeito à cronologia histórica que se tem procurado estabelecer, ficou patente que os postulados freudianos não encontravam eco nos trabalhos de Masters & Jonhson (1966, cit. Archer & Loyd, 2002). Baseando-se na investigação sobre 10 000 orgasmos, a proposta dos autores assentava num Ciclo de Resposta Sexual constituído por quatro etapas em que verificaram existir mais semelhanças que diferenças entre homens e mulheres. O desmoronamento da crença de que existiriam vários orgasmos na mulher e a

descoberta da relativa insensibilidade da vagina, rapidamente desactualizaram a teoria de Freud que, nos "*Três Ensaio sobre a Sexualidade*" (1905), concebia a evolução da feminilidade como a passagem da zona erógena do clitóris para a vagina. As subsequentes investigações resultantes do foro da sexologia permitiram conhecer a existência de múltiplas formas de atingir o orgasmo feminino, assim como a assumpção da multiorgasmia feminina, ideias que contrariam profundamente as conceptualizações psicanalíticas formuladas por Freud e Deutsch.

Em forma de resumo, Matias, Parreira & Figueira (2000) referem que, apesar das divergências, na sua globalidade as matérias históricas patentes na literatura e explanadas no actual sub-capítulo, remetem o início do desenvolvimento psico-sexual para a relação dual com a mãe. Como resultado desta relação, emerge a identificação primária à mãe e o núcleo de identidade que contempla a feminilidade e a masculinidade existente em cada ser humano. De seguida, a criança percorre o processo gradual de separação e individuação em relação aos primeiros objectos de amor, como se poderá observar na discussão que se segue a propósito dos contributos para um conceito do feminino imbuído de actualidade.

1.2.2 Contributos para a Compreensão da Identidade Feminina Contemporânea

Nos últimos trinta ou quarenta anos, as significativas alterações do estatuto social das mulheres, a relativização do casamento e a fragilização da família fizeram surgir a questão do feminino, quer na ordem prática quer na ordem teórica. As mulheres começaram a assumir-se como indivíduos na praça pública (com profissão, salário, direito a voto e uma relativa autonomia de decisão sobre a sua vida e a sua actividade sexual) adquirindo o que, até esse momento de viragem histórica, eram direitos confinados exclusivamente aos homens. Colman & Colman (1994) expressam que a emergência da vontade de igualdade na mulher promoveu dois avanços distintos: aumentou a valorização das tarefas tradicionalmente femininas, até então desvalorizadas

por serem consideradas naturais e lhes estarem obrigatoriamente destinadas (por exemplo, a gravidez, o parto e a educação das crianças) e, pela primeira vez, assiste-se à admissão de que o desempenho feminino poderia igualar o masculino, mesmo em espaços que exijam intelecto, lucidez, energia e ambição, tradicionalmente destinados ao homem. Tanto assim se veio a verificar que, os indicadores sociais revelam uma participação da mulher em crescimento exponencial. Estatísticas recentes apontam para o facto de que na década de 90, 58,00% do mercado laboral dos EUA já era composto por mulheres - correspondendo aproximadamente a 49,3 milhões de mulheres em pleno exercício de uma actividade profissional (Behrman & Shiono, In Fanaroff, 2002). Ou seja, em escassas décadas a implantação da mulher no mercado laboral suplantou a do homem.

Tem-se assistido a um avolumar de desenvolvimentos sociais, políticos, industriais e científicos. Medidas como os anticoncepcionais e a reprodução assistida, não só devolveram à mulher o controlo sobre o seu próprio corpo, como também, associados à flexibilidade de valores e regras de comportamento sobre as relações íntimas, estes novos padrões de realização pessoal e profissional da mulher, dotaram-na de maior controlo sobre a sua própria vida, permitindo-lhe ingressar em carreiras que inicialmente lhe estavam vedadas. Esta mulher, multifacetada, comportando características e papéis intelectuais, profissionais, relacionais, sociais e maternos, é a mulher ocidental da era moderna, cuja imagem é fortemente difundida através dos *mass media* (Canavarro, 2001).

Em decorrência da abertura do espectro cultural, social e laboral e na sequência da multiplicidade de papéis inerentes à vivência do ser mulher na era moderna, já, em 1952, Benedek alertava: "isto implica uma alteração da significância relativa daquele aspecto da personalidade que representa os valores culturais (na psicanálise designa-se habitualmente por sistema ego-superego) e do que representa as necessidades biológicas. Por outras palavras, as mulheres ao incorporarem o sistema de valores da sociedade moderna podem desenvolver personalidades com defesas rígidas do ego contra as suas necessidades biológicas" (p. 259). Posteriormente, Langer

(1986) veio acrescentar ao postulado clínico ora exposto ao considerar que a mulher moderna vive numa sociedade anti-maternal e em permanente conflito consigo própria ao tentar gerir o seu papel de profissional, de mãe e de mulher. Este conflito pode ser manifesto através de dificuldades na relação com os filhos, complicações na vida fértil e, em casos mais extremados, pela rejeição total da maternidade.

Para iniciar então uma compreensão teórica dos múltiplos papéis, dinâmicas e representações que integram uma identidade feminina contemporânea, importa retornar a Leal (2001) que afirma, peremptoriamente, não fazer qualquer sentido falar de uma bissexualidade constitutiva, nem tão pouco de masculinidades ou feminilidades primárias. Deste modo, e de acordo com uma nova ordem teórico-conceptual, feminilidade e masculinidade são constructos sociais. Sendo conceitos mutantes são, simultaneamente, produtores e produto de realidades em transformação. Assim, “na permanente ‘décalage’ que há entre o individual e o colectivo é provável que o acesso ao feminino e ao masculino, tal como definido num dado momento para um determinado grupo, seja uma tarefa difícil...” , (p. 69). A conformidade aos modelos sociais em vigor é sempre individualizada através de um conjunto de mediações (familiares, grupos sociais) e de idiossincrasias próprias. “Do nosso ponto de vista, o feminino tal como o masculino constitui-se não por apoio de qualquer erogeneidade, mas na relação com o outro que, consistentemente, lhe atribui um género” (p. 68). Corroborando o atrás referido, masculinidade e feminilidade são qualidades sentidas por quem as possui como masculinas ou femininas, correspondendo tal a uma convicção que se alicerça não somente na biologia como também na infância, através das atitudes dos pais e da própria sociedade que são filtradas por este sistema familiar.

Comungando da perspectiva de Leal, Alvarez (1995) refere-se ao feminino como a qualidade de género que transcende a vicissitude biológica e se inscreve no plano da vivência, construindo o âmago da identidade sexual. Defende ainda que a aquisição do género é classicamente inseparável do desejo e da escolha do objecto sendo, por esta razão, inseparável de uma teoria sobre o Édipo.

A questão que hoje se coloca de saber se uma cada vez maior indiferenciação de papéis sexuais acarretará uma cada vez maior dificuldade de identificações e, conseqüentemente, de dificuldades no estabelecimento sólido de uma identidade sexual estável, é considerada por Leal (2001, p. 69) como uma falsa questão. A autora defende que homens e mulheres são “suficientemente diferentes para ser necessário acentuar características ou diferenciar papéis”.

Em suma, e com base no enquadramento teórico que se tem vindo a delinear, avista-se o constructo feminino, esta dimensão intrínseca ao ser mulher que se constrói desde os primórdios através de um outro significativo que lhe atribui um género, enquadrado num dado tempo histórico e numa determinada sociedade como dimensão que privilegia a afirmação pessoal e social.

Fazendo a ponte com a discussão que se segue a propósito da gravidez, seus motivos e suas vivências, Maldonado (1985) alerta que a decisão de uma mulher engravidar e ter um filho pode resultar de um único motivo ou da interacção de vários motivos (da ordem do consciente ou do inconsciente), como por exemplo: criar e aprofundar uma relação importante; desejar a transcendência e a continuidade elaborando a angústia de morte e a esperança de imortalidade; competir com irmãos; dar um filho ao pai ou à mãe; preencher o vazio de um companheiro ou procurar uma extensão de si própria. Seguidamente serão descritas as vivências de que se revestiu o período gravídico ao longo da história (“O Processo Gravídico ao longo dos tempos: Crenças, Rituais e Práticas”) e, fruto dos ensinamentos da Psicologia da Gravidez, as vivências mais contemporâneas (“Vivências Psicológicas da Gravidez”).

1.3 Da Gravidez

Os ecos emergentes da clínica e da literatura sobre a definição de gravidez, referem em uníssono que este acontecimento de vida se estende por um período de aproximadamente 40 semanas, fazendo a mulher mergulhar no processo singular e profundo de concepção, gestação, parto e criação. Durante este período operam-se, simultaneamente, profundas transformações biológicas, sociais e pessoais, reenviando a grávida ao contacto com o seu arquétipo. Dito de outro modo, a gravidez (re)envia a mulher para os sentimentos, comportamentos e significados que se inscrevem nas camadas mais arcaicas da sua estrutura. A gravidez pode ser vivida de forma gratificante ou confusa, sendo certo que uma gravidez com sucesso encerra sempre um acto de criação (Colman & Colman, 1994). Constituindo um período caracterizado por profundas alterações físicas, psicológicas e sociais, a sua vivência exige actualmente um esforço adicional por parte da mulher.

Por outro lado, importa sublinhar que no mundo ocidental a gravidez tem sido objecto de mutações várias. Em tempos recentes tem-se verificado que a mulher ocidental tem vindo a rarear as suas experiências gravídicas, existindo cada vez mais mulheres que não querem ter filhos, para quem não faz sentido serem mães e, como tal, não passam por esta experiência. Observa-se também que, em comparação com as décadas anteriores, as mulheres que optam pela maternidade decidem ter menos filhos. Longe estão os dias do “baby-boom” do pós-guerra. Desde os anos 60 e 70 do Século XX, assiste-se à acentuada redução das taxas de natalidade. Todavia, a mudança de mentalidades relativamente à paridade acarreta também alterações no que diz respeito às vivências do período gravídico e ao respectivo projecto de maternidade. Com efeito, a gravidez é cada vez mais planeada ou adiada em prol de inúmeras variáveis valorizadas pela mulher. Por esta razão, a mais banal gravidez reveste-se hoje em dia de um significado particular, quer para a própria mulher, quer para os sistemas de saúde cuja a missão se destina à prevenção das doenças e à promoção da saúde (Ribeiro, 1994).

1.3.1 O Processo Gravídico ao longo dos Tempos: Crenças, Rituais e Práticas

As crenças, expectativas, representações e atitudes perante a gravidez constituem-se como um tema tão antigo quanto a própria gravidez, com raízes que percorrem toda a história da humanidade. Porém, historiadores, antropólogos e sociólogos têm revelado que, apesar de se tratar de um fenómeno transversal a todos os povos e a todas as culturas, cuja importância jamais foi negligenciada, o contexto histórico, social e cultural contribui decisivamente para a forma como a gravidez tem sido, e ainda é, vivenciada. Nos mais diversos espaços geográficos foram localizadas estátuas de mulheres fecundas, revelando grandes seios e ventres volumosos, algumas veneradas como deusas, o que prova a importância que a gravidez assumiu ao longo dos tempos. Segundo a dupla de investigadores Colman & Colman (1994), em tempos idos, a fecundidade provavelmente seria tida como um bem divino, objecto de adoração através da Deusa Fértil e a infertilidade vista como um castigo. Em algumas civilizações, embora a grávida continuasse a desempenhar as suas tarefas habituais, era objecto de um estatuto especial, endeusado, dado acreditar-se na existência de uma relação especial entre a grávida e o bebé, que iria nascer à terra e aos deuses.

De forma análoga, na tribo de Índios Guayaku (Paraguai), a grávida possui numerosas virtudes mágicas pois se, por um lado, se encontra intimamente ligada ao filho que transporta no ventre, por outro, o feto/bebé é considerado como estando em comunicação com o mundo dos espíritos sendo-lhe atribuído o conhecimento de inúmeros segredos e faculdades, como a capacidade de prever o futuro ou de predizer a morte (Barbaut, 1990). A grávida era muitas vezes considerada como encontrando-se numa zona intermédia (e ritualizada) entre o ser virgem e o ser mãe. Tal como retrata Kitzinger (1978), a existência de cerimónias de gravidez correspondiam não somente a uma função de integração na sociedade mas também à função de ligação do presente ao passado, do humano ao divino.

Se à procriação era dado tanta ênfase, considerava-se que reduzir a fertilidade podia provocar a ira dos deuses. Encontram-se nas sociedades primitivas as primeiras preocupações em limitar a natalidade, com subsequentes iniciativas visando o desenvolvimento de métodos anti-concepcionais, sendo certo que estas medidas só se verificavam em situações extremas. Testemunho destas preocupações são papiros datados de 1550 A.C. com instruções para o fabrico de tampões de linho embebidos em mel e folhas de acácia fermentada, que teriam a função de impedir a fecundação. A título de curiosidade, refira-se que ainda hoje o ácido láctico produzido no processo de fermentação é utilizado em espermicidas (Correia, 2001).

Relativamente ao estatuto da grávida na Grécia Antiga, regista-se que as suas casas eram consideradas como um templo inviolável, um santuário sagrado onde os próprios criminosos podiam encontrar abrigo. De forma idêntica, os romanos suspendiam grinaldas ou folhas de louro à porta das moradas das grávidas para evitar visitas incómodas, ficando estas habitações interditas inclusivamente a oficiais de justiça e credores (Barbaut, 1990).

Se é certo que ao longo da história a gravidez tem merecido um estatuto especial, não é menos verdade que esta se revestiu de importância primordial no estabelecimento de graus de parentesco e consequente integração conjugal, familiar e social, da unidade familiar onde se inclui a grávida/mãe. Quando a mulher engravida e tem filhos, entra num domínio que vai para além da sua experiência pessoal e se liga ao colectivo. A gravidez é não só uma fase na vida da mulher, na do seu companheiro, na relação do casal, como é, de igual modo, uma fase que afecta a rede social envolvente - tudo o que se relacione positiva ou negativamente com a gravidez. A gravidez estende-se a todos os planos que a envolvem (Canavarro, 2001; Maldonado, 1985).

Alguns aspectos sócio-históricos sobre o estabelecimento do parentesco que se têm vindo a elencar, podem ser observados em sociedades em que a relação do casal, na qualidade de pacto conjugal, apenas se estabelece quando a mulher engravida. Figuram como exemplo os pigmeus Mbuti, oriundos do Congo. Outra questão de parentesco, assumida como sendo de

grande relevância para algumas culturas, é o facto do recém-nascido ser perfilhado por um homem. No seio destas culturas afigura-se como indiferente que o perfilhamento seja feito pelo pai biológico ou não. Todavia, as relações sociais estabelecidas pela gravidez não se cingem apenas ao matrimónio e ao perfilhamento. Como anteriormente referido, em determinadas sociedades a gravidez é tida como um estado ritualizado, no qual a futura mãe tem uma relação particular com toda a sociedade. Assim se observa que a grávida não só desenvolve uma relação particular com a sua própria mãe, como também com a sogra. Na Guatemala, a sogra funciona como agente ritual entre passado e futuro e assume o papel de instruir e orientar a grávida. O exemplo da orientação materna (isto é, conduzida pela própria mãe) é mais vulgar entre sociedades ocidentalizadas, como se a gravidez gerasse uma nova união mãe-filha, a partir da qual a grávida gera a relação com o seu próprio filho, revestindo-se estas dinâmicas, em última instância, de uma forma de prolongamento e união inter-geracional (Kitzinger, 1978).

Na sociedade ocidental, por via do surgimento da obstetrícia como especialidade médica (1806), a mulher passa a ser um objecto de estudo em que o seu papel social é regulado a partir da sua anatomia e em que o seu corpo se destina e se realiza no ser mãe (Maldonado, 1976; cit. Leal, 1997). Porém, na sequência da proliferação de cuidados de saúde destinados à monitorização e vigilância da gravidez que têm emergido nos últimos anos, não raras vezes assiste-se a uma hiper-vigilância da gravidez, tanto da grávida quanto do feto. Uma postura médica excessiva pode conferir à gravidez um estatuto de “estado de doença” em vez de “estado de saúde”. Em casos extremos, verifica-se que a grávida, à semelhança de uma pessoa com problemas de saúde, fica doente e necessitada de cuidados e vigilância médica. A dependência excessiva dos sistemas de saúde que envolvem o controlo médico e a monitorização da gravidez provocam uma diminuição no auto-controlo e na auto-confiança da grávida no que diz respeito à sua capacidade de prosseguir com a gravidez e de dar à luz sem necessitar de cuidados médicos especiais. Em tom de crítica àquilo que considera ser a excessiva medicalização da gravidez na actualidade, Gross (In Ussher, 2001) socorre-se do paradigma da saúde defendendo que a gravidez deveria ser

(re)colocada ao lado das outras experiências do ciclo de vida reprodutor da mulher, como a menstruação e a menopausa. Caso contrário, corre-se o risco da gravidez passar a figurar como um estado de doença (com uma correspondente vivência doentia) e não como um estado saudável que, se ela assim o desejar, pode naturalmente fazer parte do curso de vida da mulher.

Todavia, nos dias de hoje, a gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, tornando-a mais dependente dos sistemas de saúde, sociais e de apoio. Cria-lhe necessidades intensas de apoio afectivo, atenção e aceitação por parte dos outros. O modo como a sociedade enquadra o estado e o processo gravídico, em conjunto com a sua singularidade pessoal, afectam profundamente a sua vivência da gravidez, em formas por vezes impossíveis de prever. Para concluir, e parafraseando Colman & Colman (1994, p. 19): “Uma mulher grávida pode mesmo sentir-se como o elefante da fábula hindu, que foi tocado pelos cegos, ficando cada um deles com a percepção de um animal muito diferente. O significado da gravidez muda com o tempo no interior de uma cultura”.

Em jeito de resumo, independentemente do conjunto de características sociais, culturais e personológicas da mulher, preparar (elaborar) durante nove meses o nascimento de um filho representa um desafio à maturidade e à estrutura da sua personalidade como resulta claro da discussão que se segue.

1.3.2 Vivências Psicológicas da Gravidez

Os autores são unânimes em afirmar que as mudanças biológicas, pessoais e sociais fazem desta vivência um momento irreversível de passagem de um estágio ao outro, uma importante etapa de desenvolvimento no ciclo de vida da mulher (Brazelton & Cramer, 1989; Canavarro, 2001; Klaus & Kennel, 1993; Leal, 1997, 2001). Sendo um momento de crise, desencadeia um desequilíbrio súbito que, mediante uma evolução favorável, resulta num avanço maturativo. Brazelton & Cramer (1989) defendem que a resolução destes momentos de crise depende de duas instâncias. Em primeiro lugar, da forma como a

construção do desejo de engravidar (e de ter um filho) conseguiu ou não resolver os conflitos e as experiências vividas na infância. Compreende-se assim que a gravidez reflecte toda a vida anterior até ao momento da concepção: as experiências da mulher com as figuras parentais, as vivências seguintes no triângulo edipiano, as forças que promoveram a sua adaptação a este triângulo e, finalmente, a separação dos pais. Tudo isto se relaciona e influencia o modo como a mulher se vai adaptar ao seu novo papel. O segundo e último movimento remete para a capacidade da grávida de se adaptar ao estado gravídico, o que contribui igualmente para a reposição da homeostasia e para a resolução final do momento de crise. Cordeiro (1988) indica que, ao nível psicológico, a gravidez pode ser vista em três perspectivas diferentes: 1) como desafio maturacional ou "crise de desenvolvimento", onde a mulher reaviva os conflitos psicológicos das etapas precoces do seu desenvolvimento; 2) como fenómeno de interacção mútua e permanente e não como somatório de fenómenos biopsicológicos quer da mulher quer do feto e 3) numa perspectiva sistémica, onde a rede de interacções envolvidas neste processo de desenvolvimento merece particular destaque.

Para encerrar a discussão sobre a gravidez como "momento de crise", importa trazer à colação os ensinamentos de Colman & Colman (1994) e Maldonado (1985) os quais esclarecem que, apesar de se considerar a gravidez como um período de crise, não se pretende incutir-lhe um significado de trauma mas, tão somente de um momento de transformação, de desequilíbrio instável e de viragem, que se opera ao nível do corpo da mulher, da sua herança intrapsíquica, da sua identidade feminina e dos seus papéis sociais. Como defendido pelos autores, toda a crise constitui uma transição mas nem toda a transição constitui uma crise. Em aditamento refira-se que a gravidez apresenta um *score* de 40 na Escala de Reajustamento Social de Holmes & Rahé (1967; Cfr. Anexo A).

Em consonância com a noção de crise estabelecida pelos autores acima indicados, Canavarro (2001) propõe a existência de tarefas desenvolvimentais como forma de evolução do período gravídico e de resolução das diferentes situações de crise. Deste modo, a autora assinala que, muito embora se

assuma como consensual a correspondência entre as dimensões do tempo cronológico da gravidez e as tarefas desenvolvimentais, aquela nem sempre é linear. Há tarefas que se prolongam para além do período habitualmente considerado (trimestre) e outras que não coincidem com o início do período propriamente dito. Canavarro apresenta um conjunto de sete tarefas desenvolvimentais estruturadas de uma forma hierárquica, onde a resolução de uma implica a ascendência a outra, num nível de funcionamento superior.

Quadro 1.1: Tarefas Desenvolvimentais da Gravidez e Puerpério (Canavarro, 2001,p.38)

| | TEMPO | TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO | |
|-----------|-----------------------------|---|---|
| GRAVIDEZ | 1º Trimestre | Tarefa 1: Aceitar a gravidez | REAVALIAR E REESTRUTURAR: Tarefa 3:... a relação com os pais Tarefa 4: ... a relação com o cônjuge/companheiro Tarefa 6: a sua própria identidade Tarefa 7:... a relação com o(s) outro(s) filho(s) |
| | 2º Trimestre | Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto | |
| | 3º Trimestre | Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada | |
| PUERPÉRIO | (aproximadamente 6 semanas) | | |

A primeira tarefa consiste em “aceitar a gravidez”, na medida em que inicialmente a mulher encontra-se num estado que se traduz como sendo de ambivalência. A confirmação definitiva da gravidez, a aceitação e o apoio por parte dos familiares e o início do processo de identificação materna, vão permitir a aceitação e integração desta realidade, ascendendo a grávida por via da resolução desenvolvimental à tarefa “aceitar a realidade do feto”. Até então, a mãe relaciona-se com o feto como uma parte de si mesma. Porém, mediante uma prova de existência independente (os movimentos fetais), dá-se o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto.

A tarefa “reavaliar e reestruturar a relação com os pais” incide na reaproximação aos próprios pais, para repensar o tipo de relação que estabeleceram com ela e a que deseja proporcionar ao filho. Para que tal seja

possível, a mulher tem primeiro que aceitar as experiências positivas e negativas que teve como filha e, posteriormente, (re)negociar com os pais uma nova forma de equilíbrio entre apoio e autonomia. Deste modo, dá-se a entrada na quarta tarefa, “reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro”, na medida em que o casal se vê confrontado com a necessidade de ajustar a sua relação no plano afectivo, na rotina diária e no relacionamento sexual, assim como de definir formas de apoio mútuo. A quinta tarefa compreende “aceitar o bebé como pessoa separada”. Embora a existência do bebé possa ser gratificante para a mãe, é crucial que consiga aceitar que ele existe para além dela, devendo ser aceite enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias. A sexta tarefa desenvolvimental baseia-se no “reavaliar e reestruturar a sua própria identidade” de forma a integrar a identidade materna. Esta tarefa sintetiza em larga medida as outras tarefas anteriores. Integrar na sua identidade o papel, função e significado de ser mãe “é o grande jogo entre a protecção e a autonomia do filho; a dádiva e o espaço para si própria” (Canavarro, 2001, p. 44). Por último, uma derradeira tarefa que assiste às mães que não são primíparas. À semelhança da designação da tarefa “reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos”, é importante que a própria mulher interiorize a ideia de mais um filho como outra pessoa separada, não o assimilando às identidades de outros filhos e que, simultaneamente, ajude os demais elementos da fratria a prepararem-se para a chegada do irmão.

Numa leitura de cariz dinâmico, alguns autores (Deutsch, 1944; Pines, 1990) indicam que o (re)viver dos conflitos inerentes às anteriores etapas de desenvolvimento, eleva a grávida a um novo patamar adaptativo entre o seu mundo interno e externo, permitindo à mulher uma identificação pré-edipiana com a mãe. Regressando às vivências dos seus primeiros tempos de vida com a progenitora, a grávida identifica-se simultaneamente com a mãe e com o filho, revelando concomitantemente os atributos de mãe e de filha. Ao gerar um filho, realizará o sonho de se igualar à sua mãe e, como corolário desta dança de identificações, atingirá a sua própria separação, sendo este o motivo que confere à gravidez um estatuto importante no processo de separação-individuação. O processo de dupla-identificação tem sido operacionalizado

noutros ensaios que procuram descrever os diferentes movimentos das identificações da grávida e a sua relação com as dinâmicas de incorporação/separação-individuação (Bibring, 1975). Consideram que o desenvolvimento da gravidez e da parentalidade opera a três níveis: 1) na relação da grávida com o seu self; 2) na relação com o seu parceiro sexual e 3) na relação com o bebé dentro de si. Se a relação preencher os requisitos maturativos, a criança permanece como uma parte da mãe e, simultaneamente, como um objecto do seu parceiro sexual, que faz parte do mundo exterior.

Se o processo das identificações da grávida tem conhecido uma acentuada proliferação de *insights* clínicos e postulados (Bibring, 1975; Canavarro, 2001; Cordeiro, 1988; Deutsch, 1944; Pines, 1990; Soares, 2001), a relação entre o processo gravídico e a vivência da ansiedade também não tem sido descurada. Para Lester & Notman (1986), é possível distinguir três fases específicas de ansiedade durante a gravidez. A primeira fase, que compreende o tempo que medeia entre a aceitação da gravidez e o 4º mês, é marcada por dois tipos de ansiedades difusas: por um lado, uma ansiedade consciente relacionada com as mudanças corporais e com o receio que comporta o crescimento do feto dentro de si; por outro lado, uma ansiedade mais inconsciente do que a anterior, associada ao receio de regressão e de fusão com a mãe pré-genital. Explicitando, a gravidez reactiva na mulher fantasias e desejos de entrar no corpo da sua mãe. O aumento da necessidade de dormir nas primeiras semanas de gravidez ilustra as modificações narcísicas e regressivas - movimentos identificatórios com o feto, de regresso intra-uterino. A insónia deve ser considerada como a expressão de uma situação extrema de ansiedade face à gravidez, da mesma forma que as náuseas e os vómitos são a expressão de ansiedade determinada pela incerteza da existência ou não da gravidez. A segunda fase inicia-se quando a grávida se apercebe do desenvolvimento acelerado do feto, culminando entre a sexta e a oitava semana anterior ao parto. Ao percepcionar os movimentos fetais observa-se uma mudança notória no funcionamento da mulher, em particular no delimitar de fronteiras entre a sua pessoa e a sua mãe. A terceira e última fase (últimas 4 semanas da gravidez) caracteriza-se por reacções à condição física da

gravidez avançada e à antecipação do trabalho de parto. As antigas ansiedades são reactivadas, emergindo assim alguns receios. A extrema desfiguração do corpo numa gravidez avançada torna-se na principal fonte de desconforto, ansiedade e preocupação da mulher, contribuindo para que a terceira fase seja geradora de grande tensão,

Soifer (1986) tem dado particular atenção à relação intrínseca estabelecida entre os movimentos fetais e a vivência da gravidez, postulando que a percepção dos movimentos fetais vem quebrar o equilíbrio do complexo narcísico, introduzindo o bebé como objecto de amor, distinto de si própria e do qual é necessário separar-se. Ainda que por vezes tarde em acontecer, por norma, a percepção da actividade fetal emerge a partir do quarto mês, sendo habitual que a consciência destes movimentos seja adquirida somente durante o 5º mês. As grávidas comentam que o ventre ora endurece ora afrouxa, sendo ambas as situações vividas como ansiogénicas. Quando ocorre um embotamento da percepção materna, isto é, quando a percepção se retarda até ao 6º ou 7º mês, Soifer defende que se está diante de um mecanismo de negação. A negação pode ser associada a uma projecção, onde a mulher transfere para o feto a imagem de um ser perigoso, sendo os seus pontapés sentidos como movimentos bruscos e agressivos, capazes de causar danos físicos à mãe. Estes mecanismos, de negação e projecção, e as fantasias que lhe estão associadas, exprimem um profundo estado de ansiedade comum a todas as gestantes. A ansiedade de toda a gravidez irrompe de modo intenso perante a percepção dos movimentos fetais - uma ansiedade culpabilizante, por se experimentar uma união tão íntima e pessoal, tão exclusiva e em que mais ninguém pode intervir. Pode assumir as mais diversas formas, como o temor ao filho disforme, o medo de morrer no parto ou a angústia de que o seu corpo desfigurado se perpetue.

A partir da segunda metade do sétimo mês, pode dar-se a inversão interna. Mediante a percepção inconsciente desses movimentos intra-uterinos gera-se uma crise de ansiedade, traduzida por diversas manifestações psíquicas e somáticas. A título de exemplo, perante a intensa crise de ansiedade (que corresponde a fantasias de esvaziamento), algumas mulheres contraem os

músculos pélvicos, o que sendo movimentos antagónicos à rotação interna podem ser prejudiciais para o feto. Porém, todos os sintomas físicos aliados à sensação consciente de que algo estranho está a acontecer, traduzem, além do conflito, um pedido de ajuda e protecção, pela incapacidade de gerir e elaborar a crise de ansiedade. Segundo os postulados de Soifer, o desfecho de maior gravidade da situação ansiogénica em apreço é a entrada em parto prematuro. Perspectivando uma gravidez de termo, a chegada do nono mês acarreta modificações fisiológicas várias, como o rápido desenvolvimento volumétrico do feto que, em conjunto com a proximidade do parto, se repercutem numa extremada intensificação da ansiedade.

Entende-se por gravidez como a época em que a mulher se vai preparar para ser mãe. Assiste-se à elaboração de papéis e tarefas maternas: no início do processo, de reestruturação de relações de molde a poder acomodar o novo elemento, à ligação afectiva à criança, à incorporação da existência do filho na sua própria identidade e, simultaneamente, à aceitação do filho como entidade singular, com vida própria. São nove meses de elaborações, ensaios, ligações, ansiedades e fantasias que operam a construção e consolidação progressiva do projecto de maternidade (Canavarro, 2001).

As representações com que cada mulher caracteriza a gravidez e a maternidade dependem de diversos factores, muitos deles em constante mudança. De acordo com a autora, existem vários determinantes das representações de gravidez e maternidade, conforme se pode constatar com recurso à Figura 1.1, embora as duas variáveis tracejadas serão objecto de uma menor referenciação (Personalidade e Processos Cognitivos).

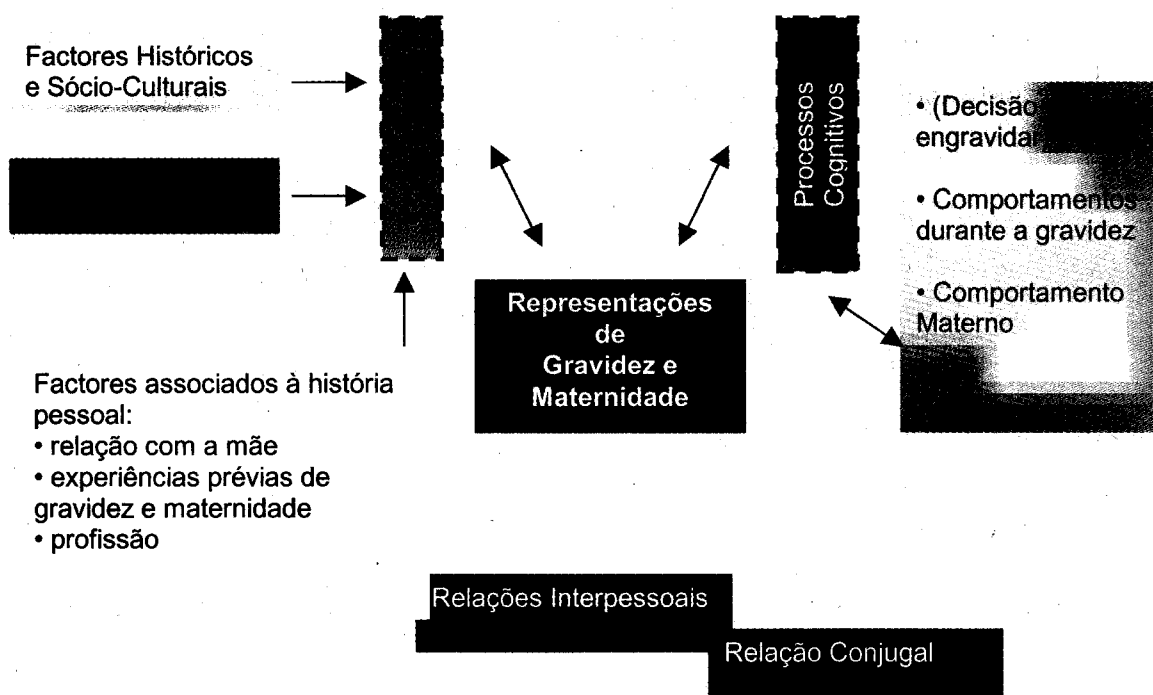


Figura 1.1: Determinantes das Representações de Gravidez e Maternidade (Canavarro, 2001, p.21)

Relativamente aos Factores Genéticos, sublinha-se que estes estão alicerçados nos postulados de um conjunto de autores (McCrae & Costa, 1994¹; Perris 1994; Soufre, Egeland & Kreitzer, 1990; cit. Canavarro, 2001). Considera-se que os factores genéticos dizem respeito a influências constitucionais, conceptualizadas como tendências básicas ou, nas palavras dos autores, “potenciais abstractos do indivíduo, que incluem capacidades perceptuais e cognitivas, *drives* fisiológicos, características físicas, assim como, traços de personalidade” (p. 118). No que concerne às características físicas, há que não menosprezar o imprescindível contributo anátomo-fisiológico de um aparelho reprodutor (o que, segundo Canavarro, na actualidade se pode considerar como um aparelho reprodutor que, mesmo não permitindo a fecundação, viabilize o desenvolvimento fetal durante as primeiras 24 semanas).

Os Factores Históricos e Sócio-Culturais remetem para o reportório histórico, social e cultural onde se insere cada mulher. O contexto sócio-cultural onde se

¹ Para uma revisão cfr., Capítulo III, ponto 3.4 “Para uma teorização da personalidade”.

desenrola a sua história de vida, a sua trajectória de desenvolvimento, sobretudo no que apela aos aspectos relacionais, contribui, numa matriz conjunta e de forma implacável, para a construção de um conjunto de crenças a respeito da maternidade que pode confirmar ou infirmar a decisão de ser mãe. Partindo do pressuposto de que as relações significativas têm um peso acrescido na construção de representações sobre a maternidade, impõe-se, num primeiro olhar, contemplar a relação da mulher com a sua própria mãe, ou figura materna. Sendo certo que a forma como a mãe lida com a sua filha bebé e depois criança, constitui a base para a criação de expectativas sobre o comportamento dos outros, para a construção do conceito de si própria e para a sua auto-regulação emocional (Soares, 2001), não é menos verdade que, a própria mãe, é para cada mulher o primeiro e principal modelo de comportamentos e afectos maternos. Os escritos no seio da psicologia do século passado sobre a natureza da “vinculação”, da “relação precoce”, da “ligação mãe-filho” e de uma “mãe suficientemente boa”, fazem prova da importância de que se reveste este interface relacional para o projecto de maternidade.

Por seu turno, os factores de desenvolvimento enquadrados no modelo dizem respeito à história pessoal da mulher, aos marcadores das suas experiências e aprendizagens ao longo do ciclo de vida, com particular ênfase nos marcadores relacionais (relação estabelecida com a própria mãe, relações próximas e relações conjugais), nas experiências prévias de gravidez ou maternidade e, por último, na profissão exercida pela mulher.

Estabelecida a importância da figura materna de origem, há que considerar que mediante experiências menos gratificantes ou positivas durante a infância com a mãe, existe a possibilidade da reestruturação dos modelos relacionais com recurso a relações significativas ou de substituição. Não menos importante é o contributo que advém da relação conjugal, não somente através das representações de paternidade do cônjuge, como também das representações que o mesmo detém face à gravidez e à maternidade. Neste mosaico de representações, há que percorrer os diferentes significados de gravidez, de maternidade e de paternidade no casal, a fim de se determinar sobre o encaixe

das diferentes peças ou as alterações adaptativas dessas representações no seio da conjugalidade.

Por último, em relação aos factores de desenvolvimento, há que contemplar o contributo das experiências prévias de gravidez e/ou maternidade e dos projectos profissionais para as representações. Em relação aos primeiros, o modelo defende que a construção das representações sobre gravidez e maternidade sofre uma influência óbvia resultante da vivência de experiências anteriores. Quanto aos contornos da actividade profissional sobre as representações de gravidez e maternidade, há que ter presente que actualmente a profissão resulta também para as mulheres de uma combinação intrínseca entre os factores de realização pessoal, pressão social e necessidades económicas. Canavarro defende que os contornos profissionais podem influenciar as representações de gravidez e maternidade principalmente de duas maneiras. A primeira prende-se com a percepção da organização prática da vida. As exigências de tempo e investimento pessoal inerentes ao estar grávida (ser mãe) e ser uma profissional, podem levar à percepção de se tratarem de tarefas dificilmente conciliáveis. Por outro lado, a segunda influência resulta maioritariamente dos casos em que a profissão exercida implica um grau de instrução substancial, donde a auto-percepção pode comportar a valorização de dimensões intelectuais de responsabilidade e utilidade comunitárias, que poderão ter de ser articuladas com a percepção da gravidez e da maternidade como valorização de dimensões mais fisiológicas (estar grávida, dar à luz, amamentar), de responsabilidade e utilidade mais restritas.

Perspectivando as representações da gravidez e da maternidade, verificam-se que, em consonância com o modelo em causa, as representações assumem um carácter: a) existencial (relação que a mulher estabelece com o seu corpo e consigo própria); b) conjugal (relação que estabelece com o parceiro) e c) familiar (relações estabelecidas com familiares significativos). Na óptica do modelo, as representações são sempre múltiplas, com diferentes atribuições e consequentes valorizações. Devido à sua natureza dinâmica, ao longo do ciclo

de vida sofrem reformulações e mutações várias, quer no confronto e interacção com a experiência, quer na reconstrução de outras representações.

Face à representação de gravidez que (re)envia a mulher para as questões do controlo do próprio corpo, este período pode ser representado como uma espécie de teste à funcionalidade do corpo feminino, ou seja, como prova última de que o seu corpo funciona normalmente ou, em moldes antagónicos, suscitando questões, dúvidas e angústias sobre a capacidade de retorno do corpo aos traços físicos iniciais. A vivência reportada em último lugar assinala um conjunto de mulheres para quem a gravidez representa a perda de controlo sobre o seu corpo.

Um dos impactos da gravidez/maternidade incide sobre a relação conjugal/marital e decorre das formas que as representações neste espectro assumem. Verifica-se que, relativamente à conjugalidade, o nascimento de um filho pode representar a materialização e projecção de um encontro, de uma relação íntima ou, em antítese, pode ser perspectivado como um roubo à relação conjugal estabelecida – ou seja, uma representação de perda versus uma representação de ganho.

As representações da maternidade e relacionamento com o filho podem assumir várias formas. Por exemplo, representar o momento por excelência em que a mulher se descentra de si própria e, num desafio à sua capacidade de dar, funda a relação numa forma de dádiva. Contrariamente, esta vivência pode ser configurada apenas como uma obrigação de servir e de ter alguém completamente dependente de si. Também podem surgir representações associadas a uma vivência simbiótica e fusional, uma relação completa em que as fronteiras são indistintas.

A autora entende por “maternidade e experiências existenciais” as representações com enfoque religioso, humano ou que dizem respeito à própria vida. Com efeito, existem mulheres para quem a maternidade se afigura como a aceitação de um destino oferecido superiormente ou, então, como um acto de consciência pública que, assumindo um carácter evolucionário, pode

representar-se como a sua contribuição para a preservação e continuidade da espécie. Numa postura dotada de maior individualismo, a maternidade pode representar o desejo de continuidade, a capacidade de projecção e reparação pessoal no futuro e, em última instância, "a possibilidade de transcender a dimensão temporal e enganar a morte encarada como fim" (Canavarro, p. 35).

Versando uma outra proposta teórica da autoria de Colman & Colman (1994), cabe anotar que, segundo a mesma, a gravidez é subdividida em três fases: Integração, Diferenciação e Separação, em correspondência sequencial com cada um dos três trimestres da gravidez.

No primeiro trimestre, a mulher sofre algumas alterações em termos de personalidade. O novo ser que vai fazer parte da sua vida, embora invisível, cresce no seu corpo, provocando a necessidade da aceitação desse novo estado. É a fase de Integração da Gravidez. Frequentemente surgem sentimentos de ambivalência (Langer, 1986; Maldonado, 1997). Esta fase exige que a grávida se centre sobre si própria, sobre o seu mundo interior, a sua vida imaginativa e a futura criança. Uma vez que reduz o relacionamento com a família e com as tarefas habituais, o seu interesse narcísico aumenta, exponenciando a unidade que forma com o seu feto. Este tipo de investimento regressivo da mulher representa um dos processos de adaptação em relação à sua nova condição. Ao identificar-se com o filho (percebido inicialmente como parte de si própria, continuação do seu próprio corpo) e dedicando-lhe o que Deutsch (cit. Brazelton, 1989) designa por "um amor narcísico sem limites", poderá identificar-se com a própria mãe, criando assim a possibilidade de contacto com o antigo desejo de retorno ao ventre materno. Nesta fase podem surgir sintomas característicos do primeiro trimestre ou manifestações somatofisiológicas como confirmação da gravidez: vômitos e náuseas, desejos e aversões, aumento de apetite, oscilações de humor, insónia, aumento da labilidade emocional (Cordeiro, 1986; Maldonado, 1997).

A fase de Diferenciação ocorre durante o segundo trimestre. Ao ouvir os batimentos cardíacos do bebé, ao ver a imagem no ecrã do ecógrafo ou ao sentir os primeiros movimentos fetais, a grávida apercebe-se da existência de

um bebé no seu interior, de alguém que não controla, de alguém que é diferente de si. O prolongamento que até então sentira face ao bebé começa a ser cerceado, isto é, a unidade gravídica começa a ser diferenciada, dando espaço a uma relação mãe-bebé que, sendo mais “separada”, é simultaneamente mais “estreita”. Nos diálogos mãe-bebé que emergem neste período surgem também ecos mais arcaicos da relação da grávida com a sua mãe, sendo este o momento de eleição para a resolução de conflitos antigos. Este trimestre configura o momento em que o corpo da mulher ostenta a gravidez em toda a sua plenitude. Começa a antecipar o processo pelo qual se irá desligar do bebé, por vezes nutrindo sentimentos contraditórios - por um lado, a vontade de terminar a gravidez face ao incómodo e desconforto provocados pela mesma, por outro, a vontade de prolongar e adiar o temido momento do parto e das adaptações exigidas pelo nascimento do filho. É nesta dialéctica, denominada de “intensa crise de ansiedade”, por vezes traduzida na negação ou na somatização (com sintomas como a hipertensão, diarreia, obstipação, edemas, sendo o expoente máximo o aparecimento de um parto prematuro), que a mulher se prepara para a separação que vai ocorrer no parto.

1.4 Do Parto

Da discussão anterior ficou patente que a forma como a mulher vive a gravidez revela uma forte ascendência social, cultural e histórica. Em total paralelismo, o parto transcende a sua génese bio-fisiológica, para se assumir também como um acto cultural sustentado numa complexa teia de práticas, costumes e crenças, cuja realização é considerada essencial para o seu êxito (Colman & Colman, 1994; Langer 1986; Kitzinger, 1978). Nas sociedades primitivas o parto era envolto em rituais, mitos, preceitos, proibições e tabus, sendo raras as vezes em que resultava na simples expulsão de um bebé. Como anteriormente indicado, em determinadas sociedades o nascimento do bebé (e não a relação sexual) consumava o casamento (Kitzinger, 1978). Com estes procedimentos, o parto, ou o nascimento de uma criança, fundava uma vasta

matriz de relações - a relação mãe/pai-bebé; a relação marital; a relação social - e definia a(s) nova(s) identidade(s) femininas - mulher e mãe.

No imaginário colectivo, o parto traduz-se por um momento vivido física e psicologicamente de forma intensa, consagrado ao nascimento de um bebé, de uma mãe e de uma família. Cabe agora uma breve reflexão que permita enquadrar o parto nas dimensões histórica e sócio-cultural.

1.4.1 Breve Cronologia Histórica

Das diferentes narrativas sobre o parto humano observa-se que, se uma cultura alerta a mulher para os medos e os perigos deste acontecimento de vida, prevalecem nas mulheres dessa sociedade sentimentos de angústia e medo face ao parto; se, por outro lado, uma cultura encara o parto como natural, pouco doloroso e controlável (pela mulher), predominam sentimentos de serenidade e insensibilidade. Todavia, Langer (1986) refere que, apesar das diferentes matizes culturais sobre o fenómeno do parto, todas as culturas concordam que o acto de parir é sempre acompanhado de significativas repercussões físicas, psicológicas e sociais.

As caracterizações da mulher datadas da Antiguidade são unânimes nos relatos que fazem do parto com dor, representando um corpo que sofre com dor e que sofre com medo. Nas sociedades Judaico-Cristãs considera-se que desde a condenação de Eva pelo pecado original (Génese, III, 16), a mulher sofre, como castigo e como maldição, os padecimentos da gravidez e as inevitáveis dores do parto. Enquanto que Adão dá à luz durante um sonho, Eva dá à luz o filho de Adão, com sofrimento, como um pesadelo. Com a doutrina cristã assiste-se ao triunfalismo da mentalidade misógina onde as mulheres estão condenadas a parir com dor levando, por exemplo, Aurelius Agustinus (St. Agostinho, 354 D.C.) a proclamar que, fruto de um castigo de Deus, a mulher só poderia ter filhos consentidos pela carne através da dor. Não será por isso de estranhar que a sabedoria popular portuguesa espelhe este sofrimento: "Parir é dor, criar é amor" ou "nascido sem dor, criado sem amor"

ou ainda "a dor ensina a parir" (Joaquim, 1983, cit. Correia, 2001). Face ao cenário generalizado de sofrimento no parto, a mulher carece de ser ajudada (por outra) a ultrapassar esta vivência dolorosa. Barbaut (1990) relata que estão patentes no Antigo Testamento referências à profissão de parteira, constatando-se ser um dos mais velhos ofícios do mundo, desempenhando um papel vital no auxílio à separação física de mãe e filho. Pese embora as diferentes crenças sociais sobre parto com dor ou sem dor, reconhece-se, como tema universal, a estreita ligação entre vida e morte no momento do parto. Ou seja, independentemente da apologia cultural sobre o parto, não raras vezes este acontecimento de vida faz perigar a vida da mãe (ou de ambos) e, no pior dos desfechos, mãe e filho sucumbem. Com efeito, através dos tempos e das culturas, o parto veio a requerer a presença de ajudas exteriores que funcionassem como agentes de apoio a esta vivência.

Até ao Século XVII o parto era considerado um assunto de mulheres, acessível apenas à parteira e à mãe da parturiente que procuravam criar-lhe um clima emocional e tranquilizador. Na maioria, os homens eram excluídos do parto. Contudo, o Século XVII assinala o princípio da assistência médica à parturiente e introduz a figura do médico na assistência ao parto. No início do Século XX, nos Estados Unidos da América, a cultura obstétrica da intervenção no parto atinge o seu auge, surgindo com ela a protecção às sensações e memórias do parto. Na década de cinquenta do século passado, o recurso às novas tecnologias e aos anestésicos elevou-se a níveis nunca antes vistos, de tal modo que, aquando do momento do nascimento do bebé (expulsão), a maioria das suas mães encontrava-se em sono profundo, inconsciente. Em oposição à anestesia geral, a anestesia local contribuiu de forma significativa para a valorização do parto acordado e consciente (Correia, 2001).

Finalizando a presente introdução histórica, acrescente-se que a década de 70 consolidou a humanização do nascimento em meio hospitalar. Doravante, a humanização deste importante acontecimento de vida tem vindo progressivamente a conhecer novas evoluções no que respeita à presença do pai no momento do parto, à presença do recém-nascido junto da mãe no pós-

parto, às recentes descobertas analgésicas e à qualidade dos serviços de saúde administrados.

1.4.2 Vivências Psicológicas do Parto

O parto apresenta-se como corolário de um período gravídico. Uma vez iniciado, sucedem-se estádios relativamente previsíveis até ao nascimento do bebé: dilatação, expulsão do bebé, expulsão da placenta e restabelecimento. A duração destes estádios pode ser variável, contudo, um parto dito normal pode durar entre duas a vinte e quatro horas. O acontecimento físico de dar à luz é tremendo e inesquecível, frequentemente muito mais intenso do que poderá esperar uma primípara. A experiência de trabalho de parto e a expulsão é muito mais do que a simples percepção da força e duração de cada contracção. Independentemente de ter efectuado uma preparação para o parto, a primípara está a enfrentar o desconhecido. Para muitas mulheres a vivência psicológica imbuída de maior ansiedade é a perda de controlo. À luz destas descrições é lícito considerar-se que a parturiente vai participar num fenómeno extraordinário e muito mais perigoso que a maior parte dos acontecimentos normais da sua vida. Porém, ao parto também está conferido mais uma crença da maternidade que releva ou relativiza a sua perigosidade. Esta representação social defende que o parto nas culturas primitivas é menos doloroso, mais suportável, logo, mais natural. Para comprovar a pseudo-irrefutabilidade de tal representação assinala-se que, na actualidade, a mesma se perpetua apesar, do conhecimento público das elevadas taxas de mortalidade materna e fetal nas sociedades primitivas. Ou seja, nem o conhecimento objectivo da realidade peri e pós-natal destas sociedades abala esta noção popular, persistindo o equívoco de que a vivência bio-psicológica dos partos ocorridos em zonas geograficamente remotas é obviada (Colman & Colman, 1994).

Relativamente à questão da perigosidade do parto, Weaver (In Ussher, 2001) refere que, se por um lado a evolução médica tem servido de garante ao decréscimo sistemático, nos últimos sessenta anos, das taxas de mortalidade

peri-natais maternas e fetais, por outro (à semelhança do que ocorre durante o período gravítico), o discurso médico sobre o parto tem desvalorizado o conhecimento da parturiente sobre o funcionamento do seu corpo. A autora contrapõe que deve ser devolvido à parturiente o *locus* de controlo interno, isto é, o conhecimento dos aspectos em que durante o parto pode exercer o seu auto-controlo. A defesa do *locus* de controlo interno no parto não pretende cercear o parto do sistema de saúde e seus profissionais mas, outrossim, dotar a mulher de um maior auto-controlo e maior capacidade interventiva, permitindo-lhe vivenciar este acontecimento de vida bio-psicológico com menos ansiedade.

Estudos referidos por Langer (1986) concluem que a estrutura psicológica da mulher e a sua atitude face à gravidez interferem, não só na sua evolução, mas também na evolução do trabalho de parto. Autores que têm discutido a vivência do parto (Deutsch, 1944; Soiffer, 1986) descrevem este momento como sendo o reviver mais profundo do trauma de nascimento. É o despertar do sofrimento face à separação da figura materna. Mediante estes “despertares” primitivos que ocorrem na vivência psicológica da mulher em trabalho de parto, verifica-se a reactivação da angústia de nascimento, despertando ansiedades de perda, esvaziamento, castração, castigo pela sexualidade e de confronto com o desconhecido. De modo análogo, Maldonado (1997) postula que no decurso do terceiro trimestre, até ao parto, o espaço mental da grávida, nomeadamente, na actividade onírica, é povoado de temores, medos e fantasias de auto-punição (medo de morrer no parto, medo do dilacerar dos órgãos genitais), que contribuem marcadamente para o estado psicológico da parturiente.

Para Soulé (1982) o parto obriga a mulher a operar vários arranjos reparadores que serão mais ou menos eficazes e mais ou menos precoces. Por outro lado, no final do parto, ao ver o filho recém-nascido, surge o confronto fantasmático entre “filho real” e “filho imaginário”. Se, num primeiro momento, o filho real mais não é do que uma cópia redutora e decepcionante do filho imaginário, ao elaborar estas duas imagens num processo de luto, a mãe relega o filho imaginário para o domínio do sonho. Os medos e fantasias de trocas de crianças nas maternidades mais não são do que a dificuldade de confronto e

distância que separa o filho real do filho imaginário. Para além deste ajuste no imaginário materno, segundo a dupla Brazelton & Cramer (1989), a mãe tem que vencer os medos de fazer mal ao bebé e aprender a tolerar e apreciar as suas exigências.

Em suma, embora o trabalho de parto possa ser vivido como um acontecimento natural e controlável na vida de uma mulher, na maioria das circunstâncias é vivido com ansiedade e confusão. No decurso do pós-parto, apesar dos traumatismos físico e psicológico decorrentes do próprio parto, do confronto com o bebé real (e consequente processo de luto), as mães, na sua maioria, empenham-se e investem no recém-nascido, dando os primeiros passos numa relação materna real.

1.5 Sobre o Materno

Em jeito de eco do que se proferiu sobre a gravidez e o parto, assinala-se que a singularidade da experiência materna é, também ela, fruto de influências familiares, culturais, sociais e históricas. Na sociedade ocidental, “a imagem materna atravessa todas as formas de expressão cultural: de Miguelangelo a Kolwitz, de Sófocles a Virginia Wolf, de Locke a Freud” (Birns & Ben-Ner, 1988, p. 47). Os discursos deterministas enraizados nas sociedades ocidentais procuraram perpetuar a ideia de que a maternidade é uma experiência imutável, natural e, não só normal para todas as mulheres como, também, indispensável a uma verdadeira identidade feminina.

1.5.1 Ascensão e Valorização Sócio-Histórica do Papel Materno

Segundo a historiadora Badinter (1993), até ao Século XVIII a qualidade das relações mãe-bebé era caracterizada por aparente indiferença e desinteresse. Com efeito, até meados desse século, o panorama sócio-familiar ficou conotado com uma manifesta ausência de amor. Datam de 1760 as primeiras publicações que recomendam às mães que amamentem os seus bebés e

cuidem pessoalmente dos filhos. Rapidamente este lema prevaleceria como modelo a seguir. Na verdade, ao operar uma importante e radical mudança de mentalidades no que diz respeito à valorização do papel materno, o Século XVIII viria a figurar como marco histórico. Fruto dessa valorização, nascia uma nova mulher. Uma mulher a quem, subitamente, eram conferidas e valorizadas as tarefas de Mãe, Educadora e Criadora (da futura sociedade). Deste modo, inscreve-se o dever de maternidade, isto é, a predestinação de que o desempenho mais importante de uma mulher era ser mãe. Nasce no Século XVIII a função materna, como função de culto, que cresce no século seguinte e se propaga até aos nossos dias (Leal, 1997).

Em estreito paralelismo funda-se a crença (que permaneceria irrefutável durante um longo período histórico) de que, no seio da mulher, no seu âmago, estava contido o Amor Materno. Tratava-se de um amor de geração espontânea, crença que, segundo Badinter (1993), ainda hoje se apresenta em algumas sociedades como uma verdade inviolável. Ao abrigo deste mito, era expectável que a mulher se sacrificasse para garantir uma melhor qualidade de vida ao filho.

Durante o Século XIX é posta em curso a valorização dos laços afectivos, nomeadamente, os laços em torno da figura materna, muito embora nesta época se revelasse impossível determinar o grau de qualidade materna, uma vez que as mulheres, não sendo consideradas boas mães, eram, irremediavelmente, consideradas incapazes ou indignas. A título ilustrativo, Badinter cita a obra Balzaquiana "Memórias de Duas Recém Casadas" onde o escritor proclama que "uma mulher sem filhos é uma monstruosidade: a mulher é feita somente para ser mãe". Esta violenta dicotomia verificou-se, segundo Birns & Ben-Ner (1988, p. 47), porque ao longo de vários séculos a noção de maternidade foi rigidamente polarizada. Num dos pólos, encontrava-se a "Madona - pálida, séria e meiga, no outro, a Má Mãe – grande, feia e maldosa". Estas imagens fazem parte de uma herança colectiva das sociedades Judaico-Cristãs, imiscuindo-se no auto-conceito materno e na forma como as mulheres se relacionam com os filhos.

Sendo certo que, ao longo da história, a maternidade foi contaminada por fundamentalismos ideológicos, sociais e políticos, a doutrina científica também procurou traçar a sua influência. Em finais do Século XIX, Darwin, na sua teoria sobre a selecção sexual, defendeu o que considerou serem *diferenças evolucionárias naturais* entre homens e mulheres, manifestadas no plano físico e nos papéis sociais. Se à luz de um enquadramento sócio-histórico (Sec. XIX), a visão evolucionária de Darwin se afigura passível de aceitação, a reformulação destes postulados, ocorrida no fim do Século XX, pela mão de um eminente biólogo, Richard Dawkins, acarreta alguma incredulidade. No seu livro “*O Gene Egoísta*” (1989), Dawkins defende convictamente que para a mulher cumprir o papel que lhe cabe na “máquina genética”, isto é, para realizar o seu imperativo biológico, tem necessariamente que fazer um investimento de vários anos. Não basta gerar e parir. Para assegurar a eficácia do seu contributo para a cadeia genética e para a humanidade, há que prolongar no tempo o investimento materno. Por via da doutrina evolutiva, assistimos a mais uma proclamação do destino biológico (genético) da mulher e consequente primazia da maternidade como função social evolucionária.

Em pleno Século XX, os discursos políticos também se inflamaram com a defesa da maternidade, como condição feminina única. Estes discursos são habitualmente provenientes das correntes conservadoras e neo-liberais que apoiam o que consideram ser os valores tradicionais da família, aos quais subjazem a selecção natural de papéis sociais, a contenção do comportamento sexual e a fraternidade. De acordo com estas premissas, a identidade feminina normal é contida na maternidade, sustentada numa relação heterossexual e inserida na família nuclear. Em 1905, Theodore Roosevelt consagrou a maternidade como “o verdadeiro chamamento da mulher, um dever cívico e sagrado”. Discursos políticos posteriores, provenientes das alas conservadoras e neo-liberais, continuaram pelo século fora a proclamar os valores tradicionais da família. Na década de oitenta os governos de Margaret Thatcher e John Major assumiram-se como o “Partido da Família” e criaram a campanha “Back to Basics” (“De regresso ao essencial” – tradução livre), com vista a reverter aquilo que consideraram ser o declínio dos valores tradicionais da família. Nos Estados Unidos, a coligação “*New Right*” integrou como objectivos do seu

programa político não só a preservação dos valores familiares tradicionais como, também, a restrição dos direitos da mulher sobre a reprodução (Sherr & St Lawrence, 2000).

Face ao arrebatador cenário de sobrevalorização materna em detrimento da valorização de outros papéis femininos, não se estranha que nos primeiros escritos da psicanálise a mãe seja assumida como figura onnipresente e onipotente, a quem se atribui a quase total responsabilidade pela saúde mental do(s) filho(s). A mulher-mãe, condição única da sua afirmação pessoal e social, foi responsabilizada por cuidar do inconsciente e psiquismo dos seus filhos (Maldonado, 1976, cit. Leal, 1997). A psicanálise previa que uma boa mãe teria na sua história individual um desenvolvimento psicosssexual facilitador da sua integração da feminilidade e maternidade, bem como uma mãe psicologicamente equilibrada. Uma Má Mãe não possuiria qualquer das condições expressas e, conseqüentemente, seria uma figura promotora da perturbação psicológica nos seus filhos. A imagem de mulher dita normal que emana dos escritos psicanalíticos, assenta na suas capacidades de abnegação e sacrifício, características que chegaram a ser defendidas como pertencendo à natureza da mulher.

A imagem da mulher reflectida no princípio do século passado desencadeou dois tipos de repercussões: garantiu um espaço de afirmação pessoal socialmente valorizado mas, no entanto, a exaltação do materno nos discursos filosóficos, médicos e políticos, levou muitas mulheres a serem mães sem que isso correspondesse aos seus verdadeiros e mais íntimos desejos. Se a sobrevalorização social, política e médica acarretava, por si só, para a mulher, um ónus significativo, mais foi incrementado com a emergência da chamada "bebelogia", ciência que tem por ambição o estudo exaustivo dos bebés sob todas as suas formas e todos os seus estados (Janaud, 1985, cit. Leal, 1997), numa época já denominada por "Século do Bebê" (Ehrenreich & English, 1979, p. 189, cit. Birns & Ben-Ner 1988). Em consonância com o ora exposto, Lee (1998) defende que após os anos 60 proliferaram manuais de cuidados maternos, defendendo que a "boa mãe" era uma mulher que, em prejuízo próprio, assumia a função materna como desígnio único, sendo apoiada por um

parceiro, necessariamente masculino (muito trabalhador e fundamentalmente ausente, que providenciava financeiramente a família).

Na opinião de Correia & Leal (1989), a Primeira Guerra Mundial constituiu um marco histórico do Século XX, contribuindo para a mudança no modo como são vivenciados e articulados os binómios Mulher/Homem e Mãe/Pai. Nessa altura, a mulher viu-se desafiada a ocupar o lugar do homem, constatando que as suas capacidades superavam o modelo “gerar, parir e cuidar”. Ao regressarem da guerra os homens depararam-se com as conquistas da mulher que, tendo-se afirmado noutras áreas que não exclusivamente a maternidade, dificilmente voltaria para casa e para o seu único papel de mulher-mãe. Salvaguardada a sua independência financeira (pela primeira vez na história ocidental), jamais regressará às relações que até então estabeleciam a sua condição de mulher. Simultânea e concomitantemente, surge a implementação dos métodos anticoncepcionais, o que conduz ao reconhecimento da mulher como entidade global e não somente como objecto reprodutor e de função materna. “É este o momento em que as palavras mulher e mãe deixam de estar obrigatoriamente associadas” (Correia, 2001, p.36). Ou como diria Badinter (1986, p. 239), assim se reformulou a equação milenar “mulher = mãe”.

Contribuindo para a trajectória de desenvolvimento que se tem procurado traçar sobre a construção do feminino, constata-se que a partir da segunda metade do Século XX (nomeadamente a partir dos anos 60) nasce um movimento feminista que, com o seu novo discurso sobre a igualdade política, social e económica da mulher, se estende progressivamente pelo mundo ocidental. Doravante, a história está recheada de exemplos de mulheres que recusaram a maternidade como a razão exclusiva para a sua existência, exigindo, simultaneamente, a participação paterna na partilha da prestação de cuidados e educação dos filhos. Em 1949, a romancista e filósofa francesa Simone de Beauvoir (1908-1986) publica as suas ideias num livro intitulado “*O Segundo Sexo*” onde afirma que a maternidade, o casamento e o condicionamento social aprisionavam as mulheres. Este texto rapidamente se converteu numa espécie de manifesto para o movimento feminista. Destrói-se o mito da passividade da mulher e das suas características masoquistas,

encerrando-se a teoria da mãe espontaneamente dedicada e sacrificada. Neste enquadramento social e ideológico, assiste-se ao desmoronamento do mito do instinto ou amor materno. Reforçando o ora referido, Badinter (1992) assinala que a teoria do instinto maternal foi desmentida pela história dos comportamentos. Tendo esta noção assumindo-se como uma “força de bloqueio” ao desenvolvimento do conceito contemporâneo de “materno”, será mais adiante objecto de nova explanação (Ponto 1.5.3, A Pós-Modernização da Maternidade).

A mulher que vivencia as últimas décadas do Século XX é uma mulher que se procura valorizar do ponto de vista académico, que investe numa carreira profissional e que adia a maternidade para uma época mais tardia do seu ciclo de vida (não raras vezes, por via da tecnologia, ultrapassando os limites biológicos da sua capacidade reprodutora) em que não só possa beneficiar de uma maior segurança profissional e económica, como também se sinta mais preparada para ser mãe. Deste modo, tem vindo a assistir-se progressivamente ao aumento do número de mulheres que, em função do nível de diferenciação socioeconómica, tem o primeiro filho para além dos 35 anos.

Para concluir, há que assinalar o válido contributo para a destrinça dos conceitos “feminino” e “materno”, proveniente de uma área designada por Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Alicerçando o feminino, a gravidez, o parto e o materno na prática clínica, na investigação e na teorização, esta área do saber psicológico tem vindo sucessivamente a contribuir para desmontar os discursos, crenças, estereótipos e mitos em que foi envolta a maternidade. De acordo com esta corrente da Psicologia da Saúde, resulta claro que fracassou a tentativa de inscrever a maternidade como um fenómeno pré-social e existencialista. Muito pelo contrário, a experiência da maternidade varia consoante a época histórica, a proveniência social, o enquadramento cultural e a idiosincrasia pessoal.

1.5.2 A Construção do Conceito de Materno: Precursores Teóricos

Os escritos de Freud (1925) assumiam a maternidade como destino único da mulher, através da qual a menina se transformava em pequena mulher. Ao renunciar ao seu desejo de pênis e colocando no seu lugar o desejo de uma criança, assumia o pai como objecto amoroso. A mãe converte-se em objecto de ciúmes - a menina converteu-se numa pequena mulher. Em sintonia com Leal (2001), o discurso psicanalítico assumido pelos seus discípulos descentra-se da noção freudiana de sexualidade, desmonta o Édipo, integra as dimensões das relações arcaicas (Klein) e assimila a importância do meio (Horney). Ao elevar a díade mãe-criança (e correspondente função materna) ao estatuto de "elo vital" que assegura a sobrevivência da criança, apresenta-se como uma nova construção sobre o materno. Fortemente centrados na função materna, os escritos de Winnicott, Mahler, Sptiz e Bion fazem a apologia da vinculação como forma e processo através do qual a criança poderá (ou não) ascender a um desenvolvimento psico-afectivo saudável.

Nos pressupostos de Winnicott (1969), o desenvolvimento psico-afectivo dependia da capacidade de *holding* materno. O holding, uma forma de amar, consistia (tal como indiciado pela expressão anglófona) na capacidade da mãe acolher o filho nos seus braços. Postulando que durante a gravidez e pós-parto a mãe se encontrava num estado que designou por "preocupação materna primária", permitindo-lhe identificar as necessidades do bebé, residiriam nesta vivência os primórdios da capacidade de holding. Winnicott recorreu ainda ao conceito de "ego auxiliar" (materno) para elucidar que o afecto e a protecção materna permitiriam que a criança integrasse de forma organizada os estímulos e as representações, elaborando desta forma um ego sadio. Outro dos contributos do autor é o conceito de "objecto transicional" (objecto dotado de representação materna) cuja missão é suportar a angústia de separação materna. Assim, correspondendo à conjuntura teórica de Winnicott, mediante uma preocupação materna primária, que promova um holding satisfatório, que assista à formação do "objecto transicional" e que desempenhe as funções de ego auxiliar, estar-se-ia diante de uma mãe "suficientemente boa". Assente nestes pressupostos, Winnicott afirmou num Congresso Internacional de

Psicanálise: "There is no such thing as an infant (...) whenever one finds an infant one finds maternal care and without maternal care there would be no infant".

No modelo de Bion (1962) também se assumiu a existência de uma profunda relação mãe-filho que permitiria a representação dos processos inter e intrapsíquicos que operam na relação entre a mãe [continente] e o bebê [conteúdo]. O nascimento e a qualidade da vida psíquica do bebê decorrem da capacidade materna de *rêverie*, associada à função alfa que permite a desintoxicação por parte da mãe, das projecções do bebê, que são por ele reintrojectadas como elementos alfa. A função alfa situa-se na génese da vida mental e a *rêverie* apresenta-se como fonte psicológica alimentadora das necessidades de amor e compreensão do bebê. Deste modo, pretende-se evidenciar que a organização do pensamento é feita numa continuidade empática entre mãe e bebê, da qual resultaria a transformação de protopensamentos em elementos alfa (imagens). Em conjunto, *rêverie* e função alfa desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do bebê, na sua capacidade de tolerância à frustração, no desenvolvimento do seu sentido de realidade e na delimitação dos seus espaços, interior e exterior. O conceito de *rêverie* (Bion) tem comprovado similitudes com o conceito de objecto transicional (Winnicott), na medida em que ambos estão investidos de uma função organizadora.

De forma semelhante, o pensamento de Mahler (1968) indicia também vários interfaces conceptuais com a teoria de Winnicott. Analogamente ao conceito de "mãe suficientemente boa" do primeiro autor, Mahler considera que a sobrevivência biológica e psicológica do bebê dependeria inteiramente do vínculo estabelecido com a mãe. Este vínculo de cariz emocional revela-se de importância extrema para o desenvolvimento da criança. A autora enfatiza o modo como a mãe responde às necessidades do bebê quer com vista à manutenção da dependência inicial (Simbiose) quer com vista à aquisição da sua autonomia (Separação), traduzidas ambas, no seu expoente máximo, na fase de Separação-Individuação, cuja autora considera como o nascimento psicológico da criança. No que ao holding diz respeito, Mahler acolhe este

conceito de Winnicott, afirmando que, para uma simbiose adequada, é necessário que a mãe tenha uma capacidade de sustentação, igualmente adequada para a construção de um vínculo mãe-bebé sólido.

De acordo com uma publicação intitulada "*Psychoanalysis constructs motherhood*" (Birns & Ben-Ner, 1988), os autores advogam que a psicanálise foi largamente responsável pela construção do conceito de materno que prevaleceu durante o último século. O quadro seguinte figura como resumo da doutrina psicanalítica que se tem vindo a elucidar:

Quadro 1.2: Resumo dos Contributos Psicanalíticos para a Construção do Conceito de Materno

| AUTORES | CONCEITOS E POSTULADOS |
|---|---|
| Sigmund Freud | "Desejo de pénis"; "conflito de Édipo"; "a relação com a mãe não tem paralelo...é o primeiro e mais forte objecto de amor e o protótipo de todas as relações de amor posteriores – para ambos os sexos" |
| John Bowlby | "Vinculação"; "período crítico" para vinculação mãe-filho durante o 1º e 2º anos de vida; não são os cuidados físicos (ex. alimentação) mas a dedicação e o afecto maternos que fazem com que as crianças cresçam saudáveis |
| Mary Ainsworth | A "qualidade da vinculação" pode ser medida; reforça conceito de vinculação de Bowlby, reafirmando que a criança que revela uma boa vinculação, beneficiou de uma relação mãe-filho atenta, responsiva e afectiva. |
| Relação de Objecto: • Margaret Mahler • Donald Winnicott | Declina a importância de complexo de Édipo, o self é fundado na infância através da relação de objecto com a mãe; "simbiose"; "relação fusional"; nascimento psicológico da criança após "separação-indivuação" "Uma criança não existe...onde está uma criança estão sempre os cuidados maternos"; "mãe suficientemente boa"; "objecto transicional"; mãe "espelha" estado da criança |
| Klaus & Kennel | "Bonding"; logo após nascimento mãe e bebé estão disponíveis para este processo |
| Selma Fraiberg | Não só cuidados maternos são essenciais mas se forem prestados por alguém que não a mãe podem ser nocivos para a criança; apelo à "maternidade a tempo inteiro" |
| Feministas Neo-Freudianas: • Dorothy Dinnerstein • Nancy Chodorow | A "raiva e hostilidades" que são projectadas nas mulheres derivam de experiências precoces com o(s) filho(s) em que frustraram as expectativas do(s) mesmo(s); a mulher era a única a assegurar a prestação de cuidados aos filhos Defende que as diferenças de papéis sociais e de desenvolvimento da personalidade da criança decorrem da relação mãe-criança |

Procurando delimitar as fronteiras do espaço materno, Soulé (1982) contempla a gênese do filho imaginário e a construção do materno, através dos diferentes ajustamentos às etapas do ciclo de vida da mulher. Primeiramente, durante o período edipiano, a menina deseja aquilo que a mãe possui - um filho do pai. Assim, desenvolve brincadeiras com bonecas que permitem simular a realização deste desejo e exprimir todas as ambivalências a ele associadas, encontrando-se estas na origem da construção das identificações primárias entre filha e mãe. Como forma de ultrapassar os recalcamientos dos desejos instintivos mais íntimos, no período de latência, a menina desloca os seus interesses e investimentos para outras áreas da sua vida: a escolaridade, a aprendizagem, as amizades e as actividades físicas. Numa terceira etapa, durante a puberdade, a jovem volta a confrontar-se com a perspectiva de ter um bebé mas que, por enquanto, não deseja. Este confronto tem origem nas transformações corporais, sobretudo ao nível do aparelho sexual, agora apto a assumir a sua função genital e reprodutora. A jovem adulta introduz com maior facilidade a utilização de meios de contracepção o que, por um lado, revela o desejo de não procriar no imediato, mas, por outro lado, traduz a existência de um filho imaginário com características menos infantis do que as que haviam surgido na adolescência.

Se, por um lado, se tem vindo a assinalar a importância de que se revestem os processos de imaginar e pensar o bebé, para a construção do materno, como precursores da *maternage*, de acordo com Lebovici (1987), tais processos significam também investi-lo da sua própria vida imaginária e fantasmática. Constituindo-se a realidade interna da mãe como o primeiro mundo que é oferecido ao bebé, é nesta confluência de elaborações maternas que se irá fundar a vida mental do recém-nascido.

É o bebé do desejo que a mãe imagina. Tenta desenhar as suas feições, imaginar as suas características personológicas, delinear a sua fisionomia e comunicar com ele numa cumplicidade interiorizada. Nesta dança de fantasias, revê-se a si própria como mãe cheia de expectativas mas, simultaneamente, prenhe de dúvidas e ansiedades. Entre o desejo consciente de ter um filho e o filho real, medeia um tempo de espera e de mudança em que este é imaginado

e construído, ocupando um lugar físico, não só no corpo da mãe como, também, no seu espaço afectivo-emocional. O filho do sonho. Assim descreve Soulé (1982) a maternalização da gravidez. O início da gravidez pode ser descrito como uma vivência onírica, isto é, como a realização de um desejo, de um sonho secreto, misterioso, escondido. Ao invés do embrião que apenas preenche a barriga da grávida, o filho do sonho vai criar e, progressivamente, preencher o espaço materno. Nasce assim o bebé imaginário, espaço de convergência de todas as fantasias e desejos maternos. Contudo, conforme defendem Brazelton & Cramer (1989), o processo de construção deste bebé imaginário, ligado ao desejo de maternidade, tem as suas origens em relações anteriores com o filho imaginário e com o feto em desenvolvimento que fazem parte do universo dos pais durante o período de gravidez. O conceito de bebé imaginário refere-se, assim, a um processo através do qual o bebé nasce (afectivamente) no imaginário dos pais, muito antes da sua chegada obstétrica ao mundo real sendo, inclusivamente, anterior ao momento da criação. Assente nesta premissa, Brazelton & Cramer (1989) afirmam que este processo tem o seu começo ainda antes da gravidez, encontrando-se as suas raízes no bebé fantasmático ou no que designaram de “pré-história da vinculação”.

Como nos diz Amaral Dias (1988), é necessário distinguir a “criança imaginária” da que faz parte das fantasias maternas (“criança fantasmática”) e que representa a saída dos conflitos inconscientes da mãe. Defende igualmente que a separação se inicia quando a mãe se consciencializa do bebé que tem dentro dela como entidade diferente de si, quando começa a sonhar com ele, a dar-lhe um nome, a gerar a criança imaginária. Ou seja, a criança fantasmática é aquela que está profundamente enraizada na vida mental das imagens parentais, enquanto que a criança imaginária é a figura nos seus sistemas pré-consciente e consciente.

Rappaport (1994) descreve que, mesmo perante uma gravidez desejada, pode desencadear-se uma reactivação de sentimentos e projecções ambivalentes em direcção ao feto, dificultando o desenvolvimento de um sentido materno positivo. Figuram como exemplos, uma intensa ambivalência, dificuldades na diferenciação dos limites e dificuldades de separação precoces associadas a

conflitos edipianos. Considera ainda que um dos maiores obstáculos para atingir um sentido materno positivo pode relacionar-se com uma imagem inconsciente inaceitável da própria mãe. Por outro lado, a grande importância de uma imagem corporal esbelta e escultural, investida como uma afirmação de feminilidade, pode vir a ser comprometida com a transformação física inerente a uma gravidez e causar fortes inquietações e ansiedades. Para Lester & Notman (1986), é precisamente na conjuntura estabelecida no terceiro trimestre da gravidez (e naquela que os autores identificam como sendo a terceira fase da gravidez, época áurea de desconforto, ansiedade e receios) que o binómio feminino/materno atinge o ponto máximo da sua conflitualidade. De modo análogo, Canavarro (2001) afirma que a gravidez, e sobretudo, a maternidade, jogam-se no (des)equilíbrio entre o estar junto, dar continuidade, proteger e o estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia.

Revisitando o paradigma psicanalítico, verificamos que se tecem e elaboram as ligações entre os conceitos de feminino e materno, dotados de uma estreita interligação, sendo o “desejo de gravidez” sinónimo de “projecto de maternidade” e encontrando-se ambos compreendidos no processo de aquisição da feminilidade. No entanto, a experiência clínica evidencia uma realidade diferente na qual gravidez, feminino e materno não se apresentam como factores dependentes entre si (Leal, 1997). Pressupondo estar-se diante de um processo de gestação biológica e emocional, a gravidez encerra com um desejo de maternidade transformado em desejo de uma criança. À luz de tais postulados teóricos, entende-se que a maternidade está principalmente relacionada com o anseio por parte da mulher em cuidar e tomar conta de uma criança (Leal, 1997, 2001; Lester & Notman, 1986; Sá, 1997).

Como anteriormente anotado, entende-se por gravidez o período de cerca de 40 semanas que medeia entre a concepção e o parto, caracterizado por transformações físicas, hormonais, biológicas e psicológicas. Este complexo fenómeno pode não resultar de um desejo de ter um filho. Pode, simplesmente, estar relacionado com a necessidade de provar a si e aos outros que se tem um corpo íntegro e fértil ou com a necessidade simbólica de regressão ao útero materno ou, ainda, com a confirmação de suposta uma feminilidade. Em suma,

pode estar relacionado com um conjunto de factores, sem que nenhum tenha a ver com a prestação de cuidados ou com o investimento emocional, isto é, com o exercício da maternidade. Numa fase em que se assiste a um (re)pensar das questões socioculturais associadas à reprodução, ao nascimento e às relações com as crianças, é altura de reequacionar o modo como se articulam as teorias psicológicas sobre a maternidade e aquilo que é actualmente designado de “projecto de maternidade”. É nesta conjuntura que se integra o próximo sub-capítulo em torno da maternidade da mulher Pós-Moderna.

1.5.3 A Pós-Modernização da Maternidade

Se permaneciam ainda algumas dúvidas, os estonteantes desenvolvimentos sociais, biológicos e tecnológicos vieram provar de forma irrefutável que a maternidade não é um monólito pré-social, universal e imutável (Canavarro, 2001; Gillespie, In Sher & St Lawrence, 2000). Muitos teóricos da actualidade têm vindo a defender uma era contemporânea de Pós-Modernismo. O enfoque desta corrente incide sobre uma sociedade que, por se encontrar em constante mutação, gera momentos de incerteza. A sociedade Pós-Moderna revela características de fragmentação, ausência de estruturas claras, turbulência e uma grande diversidade de identidades e instituições sociais. O aumento de oportunidades verificado através do consumo de massas e propagado através das tecnologias modernas e de comunicação, dominam o significado. Segundo o Pós-Modernismo, todo o conhecimento é construído socialmente através da linguagem. Uma vez que sem o recurso à linguagem não se tem acesso à realidade, esta corrente defende que a realidade só existe como construção social. Assente nesta premissa, a análise do discurso apresenta-se como a principal ferramenta do Pós-Modernismo que, rejeitando liminarmente o discurso de “verdade absoluta”, visa analisar e desconstruir a realidade socialmente criada (Lee, 1998; Sher & St Lawrence, 2000).

A maternidade figura como um bom exemplo da forma pela qual as condições sociais têm vindo a ser inscritas na vida social humana. Isto é, o impacto das mudanças tecnológicas sobre a maternidade, tem contribuído largamente para

a transformação e fragmentação do seu significado. Nas palavras de Giddens (1991, op cit.), o aumento de oportunidades que o indivíduo em sociedade tem conhecido na era contemporânea está a “encerrar aquilo que se considerou como o mundo natural”, uma vez que os eventos naturais estão a ser progressivamente inseridos em sistemas, tornando o biológico cada vez mais social. Por estas razões, a maternidade é um exemplo fulcral de tais mutações. A mulher pode tornar-se mãe sem ter que recorrer a relações sexuais com um homem ou pode gerar um filho sem que o óvulo tenha sido seu ou, mesmo, sem que o embrião na sua barriga possua qualquer do material genético do casal que o vai criar; a mulher pode ter um filho cuja gestação é desenvolvida no útero de outra mulher e pode ultrapassar os *timings* do seu relógio biológico, através da congelação de óvulos. De outro(s) modo(s), a mulher pode exercer um conjunto diversificado de actividades maternas proactivas tendo ou não como resultado “um filho seu” e, no entanto, mesmo na ausência de um filho dito seu, sentir que exerce a sua função materna. A época Pós-Moderna, com as suas mutações e fragmentações, dotou a maternidade de novos significados. O conceito de maternidade contemporâneo inclui um vasto reportório de actividades e processos que podem, ou não, envolver práticas tradicionais de conceber, dar à luz ou criar.

Correia (2001) corrobora o ora enunciado, afirmando que a maternidade deixou de ser o projecto único na vida da mulher. Poderá ou não existir, ou poderá existir em simultâneo com outros de cariz profissional ou académico. No espaço contemporâneo, tem vindo a ser permitido à mulher optar pela maternidade em diferentes contextos relacionais, pela maternidade assumida sem parceiro ou pela não maternidade. Contudo, independentemente da escolha exercida, nem sempre está liberta de pressões sociais e culturais. Para algumas mulheres é importante cumprir a clássica função feminina - procriar, mesmo que tal não corresponda a um desejo individual; mesmo que lhe seja difícil conciliar com uma carreira profissional. Quando grávida, esta mulher estará sujeita a um duplo esforço psicológico; o esforço inerente à vivência de uma gravidez, acrescido do conflito interno provocado pela não desejabilidade em ser mãe. Isto é, trava-se um conflito entre o projecto de maternidade e a sua feminilidade. Nesta encruzilhada (de conflitualidade) o insucesso da

gravidez, conducente à não concretização da maternidade, poderá resultar de uma dificuldade de integração e elaboração de conflitos e ideais (Correia, 1998; Langer, 1986; Leal, 1997, 2001; Sá, 1997).

A fim de esclarecer uma questão que durante tantos anos foi tão cara à condição feminina, recorre-se a Canavarro (2001, pp. 22-23) que, a respeito do emblemático “instinto maternal”, afirma: “encontramos repetidas vezes vocábulos como: instinto, impulso, *drive*, necessidade, tendência, despertar do relógio biológico, associados às palavras gravidez e maternidade”. Associados a estes vocábulos, encontram-se as expressões de “normal, natural, razão de existência, auge de contentamento, êxtase, momento único de realização, assombroso”. Enfatizando a descrição ora proferida, surge a crença que defende que uma mulher sem filhos ou está a cumprir uma trágica profecia (no caso de ser infértil) ou está na sua essência estragada (se se tratar de uma mulher fértil que recusa a maternidade).

Investigações recentes continuam a ilustrar o quão enraizadas estas crenças ainda estão nas atribuições sociais (Ussher, 1992, 2000). A investigadora registou que, independentemente, do grau de sucesso pessoal e profissional, se uma mulher optar por não ter filhos, o seu destino continua a ser visto como incompleto. Procurando avaliar o estereótipo subjacente às mulheres que rejeitam a maternidade, Lee (1998) recorre a dois estudos para assinalar que estas mulheres são consideradas egoístas, imaturas, solitárias, infelizes e frias (Sommers, 1993), pelo público em geral, e egoístas, frias e excessivamente ambiciosas, pelo público universitário (Dowling-Guyer, 1995). Porém, numa investigação que colocou lado a lado uma população universitária com e sem filhos, as mulheres sem filhos evidenciavam uma melhor qualidade de relação com a mãe e uma relação baseada no reforço da independência com os pais. No que concerne aos pontos de vista sobre a maternidade, as duas populações apresentavam desígnios distintos. Enquanto que as mães defendiam motivações altruístas para a maternidade, as mulheres sem filhos, assumindo convictamente a menor importância da vivência materna nas suas vidas, percepcionavam a maternidade como uma escolha egoísta. Há que assinalar uma última questão a respeito dos níveis de satisfação de vida. Os dados

empíricos produzidos sobre as diferentes realidades que se têm vindo a descrever revelam que mulheres que optam voluntariamente por não serem mães evidenciam níveis de satisfação idênticos às que optaram pela maternidade.

Na verdade, se a maternidade se revestisse de um cariz instintivo, então seria natural supor que o facto de uma mulher se encontrar fisicamente habilitada a ter filhos faria com que também estivesse instintivamente habilitada a cuidar deles. A história está recheada de episódios, infortúnios e tragédias que demonstram claramente que a equiparação da maternidade ao nível de instinto é uma falácia. Canavarro (2001), citando Baumiester & Leary (1995), enuncia que qualquer “motivo humano”, para ser considerado como tal, deverá preencher determinados requisitos: 1) produzir efeitos mesmo sob condições adversas; 2) ter consequências afectivas; 3) implicar processamento cognitivo directo; 4) conduzir a comportamentos de doença, dificuldades de ajustamento, ou mesmo, à morte, quando não realizado; 5) produzir comportamentos orientados para a sua satisfação; 6) ser universal, no sentido de poder ser aplicado a todas as pessoas; 7) não derivar de outros motivos; 8) produzir efeitos numa grande variedade de comportamentos e, por último, 9) ter implicações para além do funcionamento psicológico imediato. Ora, a noção de maternidade como instintiva ou como necessidade feminina fundamental, não evidencia uma correspondência integral com os requisitos identificados para assunção de motivo humano.

Como resulta claro do exemplo supra a propósito do instinto materno, ao longo da história considerou-se ser necessário reprimir o feminino para salvaguardar e fazer prevalecer o materno, assegurando, por via deste artefacto social, o controlo da maternidade. Para o efeito, foi levada a cabo a estratégia da extrema diferenciação de papéis e inscreveu-se “o destino de feminino a cumprir-se no materno”. Ser mulher esgotava-se então na demanda da maternidade. Como nos indica Badinter (1986), só em tempos recentes é que foi possível dissociar a feminilidade da maternidade. Para tal, em muito contribuíram os estonteantes desenvolvimentos das últimas décadas já que, com eles, a mulher ficou investida da capacidade de controlar o seu corpo

(materno), através do desenvolvimento de métodos anti-concepcionais, e viu-se possibilitada a ascender a lugares profissionais e sociais que até então estavam reservados aos homens. Concomitantemente, as relações íntimas assumiram uma maior flexibilidade e inscreveu-se o materno a cumprir-se no feminino. “A questão do nosso tempo não é pois de reprimir o feminino mas de fazer crescer o materno”. Na verdade, hoje entende-se que materno e paterno são apenas subcategorias dentro das categorias de feminino e masculino, directamente relacionáveis com a progenitura (Leal, 1995, 2001, p. 69).

Assim, na sequência dos escritos de Bowlby, Stoller, Leal, Ussher e Lee, entende-se a função materna na mulher Pós-Moderna como uma função contentora de acolhimento, sendo simultaneamente interactiva e geradora de estímulos essenciais ao desenvolvimento da criança. Esclarecendo esta perspectiva, Leal (2001) afirma que a função materna é uma função de contenção e promoção do desenvolvimento infantil que existe em prol das necessidades do outro, mesmo que em detrimento das do próprio, podendo ser igualmente desempenhada pela mãe biológica ou outra, ou, inclusivamente, sem a necessidade de ser desempenhada por uma figura feminina. Trata-se de uma função cuja aprendizagem é de natureza social e cujas singularidades decorrem da relação com a própria criança. Em jeito de resumo, a autora assinalada propõe que a função se designe de “materna” quando desempenhada por uma mulher e que assuma a designação de “paterna”, se desempenhada por um homem.

Prosseguindo e corroborando as teorizações de Leal, considera-se que as características associadas à actividade e aos desempenhos que traduzem na prática a capacidade de afirmação pessoal e social dos indivíduos sejam consideradas como “femininas” ou “masculinas” (conforme o género) e que se considere, para ambos, em termos de mais e de menos, consoante essas características sejam mais marcadas ou estejam ausentes. Face a esta conceptualização, um homem passivo e com baixa auto-afirmação será pouco masculino e não feminino, assim como uma mulher com as mesmas características será pouco feminina. Inversamente, uma mulher com grande capacidade de afirmação será muito feminina e não masculina (Leal, 2001).

Na perspectiva da autora, a maior dificuldade na aceitação desta proposta relaciona-se com o preconceito de que uma mulher muito feminina deverá ser passiva e contentora; na sua opinião, está-se na presença de mais uma confusão entre papéis e atribuição de características maternas ao desempenho social da mulher. No que respeita aos papéis sociais Badinter (1993) considera que, actualmente, as sociedades ocidentais privilegiam a relação de semelhança entre os sexos como nenhuma sociedade anterior o pôde fazer. Por isso, homens e mulheres tendem cada vez mais para um modelo único. Em concordância com as citadas autoras, mas observando a questão por outro prisma, Langer (1986) afirma: "A natureza humana tem uma grande maleabilidade que vai respondendo adequadamente às diferentes culturas e às diferentes épocas mas a maleabilidade tem limites". Neste sentido, considera que à mulher actual se exige um esforço de adaptação a uma sociedade que se descreve como anti-maternal.

Alvarez (1995) defende que o conceito do materno deve ser compreendido não somente como um projecto a longo prazo de prestação de cuidados e dádiva de amor, mas também como uma relação com "o diferente", que será tão mais bem sucedida quanto maior a sua separação face ao "igual" (o primeiro objecto), isto é, quanto maior a diferenciação. Canavarro (2001, p. 19) acrescenta: "A maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez. É um projecto a longo prazo, quase que nos atreveríamos a dizer um projecto para toda a vida". Embora assuma, por razões óbvias, uma maior visibilidade nos primeiros tempos de vida da criança, a dádiva de amor, interesse, partilha e responsabilidade permanece ao longo da vida, sujeita a sucessivas mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimental.

Para concluir e como ilustra Leal (1990, p. 365; 1991): "Maternidade requer que muito mais do que desejar ter um filho se deseje ser mãe". Com uma forte tradição social, cultural e histórica, a maternidade transcende o período de gravidez, assumindo-se como um projecto destinado a percorrer uma vida e centrado na prestação de cuidados e dádiva de afectos que asseguram um desenvolvimento sadio e harmonioso da criança.

1.6 Considerações Finais

Nascer mulher não foi, nem é, em nenhuma sociedade, em momento algum da história, um dado biológico neutro, uma simples qualificação natural da espécie que permanece como inerte e imutável. Ao definir socialmente o género, isto é, ao impor uma divisão social dos sexos, uma sociedade transforma machos e fêmeas em homens e mulheres.

O Século XX pôs fim ao princípio da desigualdade que presidia à relação entre homens e mulheres e reformulou a equação milenar mulher = mãe, encerrando, desta forma uma etapa da humanidade que durou cerca de 4000 anos. "O esquema da complementaridade apagou-se em benefício da semelhança" onde os constructos de homem e mulher tendem cada vez mais para um modelo único. A questão dos nossos tempos não envolve a substituição do patriarcado de ontem por um pseudo-matriarcado de hoje, nem tão pouco que o peso da anatomia onere o destino do ser humano, mas sim que se privilegie a relação de semelhança entre os géneros (Badinter, 1986, p. 244).

Ficou patente nas diferentes apresentações teóricas versadas no presente capítulo, dentro dos autores que se reclamam da psicanálise, a existência de dois eixos discursivos sobre a mulher: um que toma como objecto a identidade feminina e outro que tem como objecto a função materna. Se, em algumas instâncias bibliográficas, os conceitos se confundem ou se justapõem, noutras estão claramente separados.

"Uma mulher descobre que está grávida. Tendo-se estabelecido no espaço uterino, o minúsculo óvulo fertilizado terá uma influência de longo alcance ao conduzir a mulher às profundezas do seu espaço psíquico, arreigando poderosas imagens inconscientes da sua história interior que começam a aparecer nos sonhos, fantasias e vida emocional" (Raphael-Leff, 1993). Como se procurou assinalar na primeira parte deste capítulo, assim se funda a concepção e assim se inicia uma caminhada de nove meses que é a gravidez, com repercussões várias para a mulher ao nível corporal, de identidade,

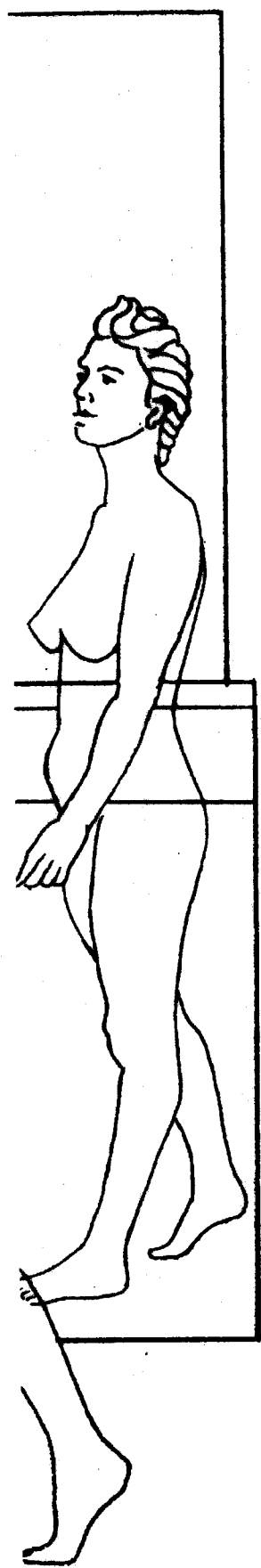
conjugal, social, entre outras, sendo que esta trajectória nem sempre se estabelece à guarda de um projecto de maternidade, ou de um desejo de ter um filho.

Das matérias contempladas, é com convicção que se retorna a Leal (1990) para que se assuma como evidente que gravidez e maternidade são conceitos que "traduzem duas realidades e vivências bem diferenciadas entre si, tecidas que são em imaginários diferentes". Na gravidez, toda a espectacularidade vai para as alterações físicas, com vivências psicológicas particulares. Tudo se passa dentro da própria mulher. É um momento de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que ele contém. É também, de forma mais ou menos consciente, a confirmação da sua identidade sexual como mulher. A maternidade tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento. É entendido como um projecto a longo prazo pelo que se distingue do acontecimento biológico que é a gravidez. Contudo, o desejo de ter um filho e o desejo de ser mãe, nem sempre são coincidentes. Numa época em que a gravidez passou a ser fabricada em provetas, a desenvolver-se no útero de uma mãe que, do ponto de vista genético, em pouco ou nada corresponde ao feto, surge uma assumpção irrefutável "a verdadeira maternidade nasce no coração" (Stillwell & Uden, 1999, p. 21).

Na óptica da Pós-Modernização da maternidade, se é certo que após mutações e transformações profundas as dimensões "feminino" e "materno" ficaram irreversivelmente destrinchadas, os avanços biotecnológicos sobre a maternidade podem constituir uma ameaça séria à saúde e à autonomia da mulher. A legislação sobre a autonomia reprodutiva e as tecnologias genéticas são apenas dois exemplos dos riscos de que se poderão revestir os avanços da Pós-Modernização da maternidade para a saúde, a autonomia, o controlo sobre o corpo e o estilo de vida da mulher da época contemporânea.

Hoje, ainda é possível afirmar que, ao longo de inúmeras gerações, cada homem e cada mulher iniciou a sua vida num corpo materno. Com a evolução que a medicina reprodutiva tem conhecido nas últimas décadas, permitindo hoje a concretização daquilo que ontem se assemelhava a ficção científica e

com os prenúncios de “úteros/placentas artificiais” previstas para as próximas décadas, porventura chegar-se-á a um momento na história da humanidade, em que a gestação de uma vida, dentro de um corpo materno, deixará de ser uma verdade universal.



CAPÍTULO II

MÃES PREMATURAS – BEBÉS PRÉ-TERMO

2.1 Introdução

Uma mulher sofre abrupta e inesperadamente um parto prematuro. Nasce um bebé pré-termo. Com o precipitar destes acontecimentos de vida nasce também uma nova díade: mãe prematura – bebé pré-termo.

Constata-se que os estudos que versam a génese do nascimento prematuro são fundamentalmente conduzidos com recurso a um “prisma materno”, ou seja, observando e analisando os factores maternos (saúde física e psicológica da mulher) que podem estar implicados no devir do parto pré-termo. Deste modo, as mães prematuras têm sido observadas, estudadas, analisadas, enfim, têm constituído o ponto de partida e o ponto de chegada para a compreensão deste acontecimento de vida do seu ciclo reprodutor.

Por outro lado, se é certo que a gravidez em risco de parto pré-termo e o nascimento prematuro são vivências que têm acompanhado a história do nascimento humano (isto é, desde que as mulheres engravidam ou dão à luz que se tem verificado o nascimento de crianças prematuras), não restam dúvidas que, apesar dos progressos da medicina em geral e da obstetrícia em particular, continuam a nascer bebés prematuros. Estatísticas recentes demonstram que, no espaço de duas décadas (1980 - 1999), a taxa de crianças nascidas prematuramente revelou um aumento sucessivo e irreversível, assistindo-se à duplicação da sua incidência (Berhman & Shiono, In Fanaroff, 2002; Douviere & Gouyon, 1999). Se o contributo da evolução obstétrica é um dado a salientar, não menos importante tem sido o contributo dos recentes avanços em Neonatologia, assegurando actualmente a sobrevivência de recém-nascidos tão imaturos que, há uma ou duas décadas atrás, não seriam sequer conhecidos como “pré-termo” mas sim como um desfecho de uma interrupção involuntária da gravidez.

Até ao Século XIX, os bebés nascidos antes do tempo previsto para a gravidez (de termo) eram designados “fracalhões” ou então “débeis congénitos”, sendo invariavelmente abandonados, morrendo sem qualquer intervenção ou recurso

terapêutico. Só na segunda metade do Século XIX, graças aos avanços da medicina, se revelou possível, pela primeira vez, assegurar a sobrevivência do recém-nascido pré-termo. Com efeito, tratou-se de uma época prolífera em desenvolvimentos obstétricos, neonatais e tecnológicos que serviram de garante ao sucesso do nascimento prematuro. Em Leipzig, no ano de 1884, foram propostas as primeiras estratégias terapêuticas dirigidas especificamente a bebês nascidos antes do tempo que, a partir de então, passam a ser denominados como “recém-nascidos pré-termo”. Nesta sequência e num vanguardismo absoluto na área da neonatologia, nos últimos anos daquele século assiste-se a dois outros marcos históricos: 1) o desenvolvimento da incubadora e, 2) em 1895, a criação da primeira unidade de cuidados intensivos neonatais, no Hospital de Port Royal, em Paris, sob a influência de Pierre Budin, um pioneiro da prematuridade (Wolke, 1991, cit. Gomes-Pedro et al, 1997).

Se nos finais do século dezanove a informação e os cuidados relativos ao nascimento de crianças prematuras eram relativamente escassos, tudo se alteraria de forma drástica no espaço de um século. Em termos do trajecto histórico da prematuridade, as décadas de sessenta e setenta do Século XX constituíram-se como uma época teórica e empiricamente fértil. Os estudos, hoje considerados clássicos, de Bergés (1969, 1972), DiVitto & Goldberg (1979), Field (1979), Lezine (1969) e Soulé (1976), fazem prova do *boom* a que se assistiu. Nesta área do saber científico, a proliferação de investigações, abordagens e teorizações em torno da prematuridade não mais conheceu retorno. Segundo autores como Kreisler & Soulé (In Lebovici et al, 1995), a pluralidade de pontos de vista, de abordagens e de metodologias encontradas no seio da prematuridade é, por si só, digna de referência. Esta pluralidade é tão somente reveladora da complexidade de que se reveste o nascimento de um ser humano prematuro. Sendo o nascimento prematuro um espaço enquadrado por fronteiras clínicas, científicas, tecnológicas e humanas, torna-se claro que tenha sido objecto de investigação e teorização por parte de médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas, sociólogos, entre outros grupos profissionais.

De modo análogo, os estudos sobre a prematuridade têm permitido um extravasar de conhecimentos para além das suas fronteiras, na medida em que as avaliações de crianças prematuras têm valorizado sobremaneira a investigação da interacção precoce em geral. As investigações centradas na capacidade do prematuro para se organizar na interacção com o adulto têm permitido compreender melhor os processos normais da recuperação do trabalho de parto, do nascimento e a espantosa capacidade de reparação de lesões ao nível do sistema nervoso em todos os recém-nascidos (Brazelton & Cramer, 1989).

Perante um fenómeno de dimensões e proporções crescentes, não é demais salientar que na época contemporânea o nascimento de uma criança prematura é um acontecimento de primordial importância para a mãe, a família, os sistemas de saúde, a comunidade científica e para a sociedade em geral. Para uma melhor percepção deste acontecimento de vida que é o nascimento pré-termo, procurar-se-á situá-lo na trajectória do ciclo reprodutor da mulher, obedecendo às etapas: período gravídico, parto e primeiras experiências maternas.

2.2 Mães Prematuras

Grávidas que não chegam a completar o tempo gestacional. Mulheres que dão à luz antes do tempo. Puérperas para quem a maternidade irrompe de forma inesperada e lhes devolve um minúsculo ser humano para cuidar, proteger, enfim, para quem ser mãe. Perante este cenário é lícito procurar-se compreender como são as mães prematuras: Quais os seus percursos e vivências gravídicas? Como se reorganizam no pós-parto? Como se estabelece a relação mãe prematura – bebé pré-termo? Em jeito de eco a estas interrogações, Brazelton (1992, p. 83) questiona:

"E que dizer de um nascimento que fica aquém do ideal que muitas pessoas experimentam? Se não se consegue produzir um bebé em circunstâncias

ideais, será que o futuro dele ficará em perigo? A mãe profundamente anestesiada, ou aquela que tem um parto prematuro, ficará menos ligada ao bebê? (...) O desenvolvimento da vinculação não é isento de obstáculos, mas não há razão para que o resultado seja menos recompensador. De facto, o esforço para vencer tais dificuldades pode ser uma força poderosa na vinculação".

Tal como já indicado, será portanto este o propósito da elaboração teórica a que ora se dá início – descrever as vivências da mulher na qualidade de grávida em risco de parto pré-termo e ir ao encontro da relação mãe-filho desde a dança da pré-vinculação, nos primórdios da gravidez, aos momentos dolorosos do pós-parto.

2.2.1 Vivências Psicológicas na Gravidez Pré-Termo

Obedecendo ao “enfoque materno” a que atrás se fez referência, várias abordagens empíricas têm procurado investigar a gravidez em risco de parto pré-termo. São em número expressivo os estudos que comprovam a existência de diferenças importantes na vivência psicológica de grávidas internadas em risco de entrarem em parto prematuro (Blau, 1963; O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett, 1995; De Muylder, 1989, 1990; Mamelle, 1986; Kreisler & Soulé, In Lebovici et al, 1995).

Blau et al (1963, cit. Rutter, Quine & Chesham, 1993) registaram a existência de uma relação entre atitudes negativas face à gravidez e à maternidade e o nascimento prematuro. Numa investigação baseada em entrevistas a mães de recém-nascidos prematuros e mães de termo, no terceiro dia do pós-parto, observaram que nas mães prematuras estavam patentes sentimentos de hostilidade e rejeição do estado gravídico, revelados não somente por atitudes negativas face à gravidez mas também, em determinados casos, por assumirem frontalmente não terem desejado a gravidez. Noutro estudo clássico, Smith (1969, cit. De Muylder, 1990) identificou que as mães

prematuras eram psicologicamente mais imaturas e mais vulneráveis quando comparadas às suas congêneres de termo.

Reforçando as primeiras descobertas sobre a grávida em risco de parto pré-termo, na década de oitenta os estudos de Berkowitz e Kasl evidenciaram o registo de taxas mais elevadas de prematuridade em grávidas com atitudes negativas face à gravidez. Estas grávidas denotavam uma tendência para a negação do seu estado gravídico, bem como uma recusa para procurar ou aceitar a vigilância médica da gravidez (O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett, 1995). Particularizando o detalhe relativamente à vivência psicológica destas grávidas, Herms (1982, cit. De Muylder, 1990) verificou que, para além de se revelarem manifestamente ambivalentes face à gravidez, demonstravam ter um conflito entre a gravidez e a carreira profissional. Este autor observou ainda que as grávidas em análise respondiam a situações de ameaça com mecanismos defensivos intelectuais ou obsessivos.

Em estudos prospectivos versados especificamente para a referida temática, De Muylder (1989, 1990) assinalou que grávidas em risco de se tornarem mães prematuras manifestam dúvidas quanto ao desejo de ter o bebé e de se tornarem elas próprias mães. Evidenciaram igualmente dúvidas quanto aos sentimentos relativos ao feto/bebé. Quando comparadas com o grupo de controlo (grávidas sem risco de parto prematuro), as primeiras exibiam um maior número de sentimentos negativos associados à gravidez, atingindo por vezes a hostilidade ou a rejeição inconsciente da gravidez. Expressavam uma maior insatisfação com a sua vida pessoal, com a sua vida sexual e com o seu corpo. Encontravam-se também mais apreensivas quanto ao trabalho de parto, ao nascimento do bebé e à vida futura com a criança. Apresentavam igualmente uma relação empobrecida com o feto, a qual se evidenciava nas seguintes circunstâncias: ausência de nome para o bebé, menor grau de registos positivos aquando da primeira ecografia, mantendo apenas uma comunicação verbal com o feto.

O citado autor em apreço viu as conclusões do seu primeiro estudo saírem reforçadas em estudos posteriores (De Muylder, 1990, 1992), nos quais ficou novamente patente que o investimento na gravidez é menor por parte de mulheres que futuramente vêm a desencadear um parto ante-termo. Por outro lado, estas grávidas são também menos apoiadas pelo seu companheiro, família e amigos. Considerando os resultados obtidos e tendo presente uma compreensão dos factores etiológicos da prematuridade, De Muylder sugere que a possibilidade de prever a prematuridade pode ser incrementada se aos factores orgânicos classicamente atribuídos ao parto prematuro se associar a variável "investimento na gravidez". Acresce referir que, no grupo de mulheres em risco de parto prematuro, verificou-se uma maior incidência de abortos espontâneos, de interrupções voluntárias da gravidez e de anteriores partos prematuros. Obedecendo a uma leitura das descrições supra, há que reconhecer a existência de um diálogo menos satisfatório entre mãe e feto, sustentado numa gravidez menos investida. Em resumo, e fazendo apelo a mais investigações neste campo, o autor conclui que o quadro acima descrito sugere um vínculo mãe/feto/bebê mais fraco.

Numa iniciativa com uma amostra de grande dimensão (1600 mulheres), identificaram-se alguns factores que se correlacionam com o parto prematuro. Os factores em causa podem ser considerados como estando implicados no devir do feminino e do materno: morte precoce da mãe, problemas ginecológicos na adolescência e má aceitação da puberdade (Mamelle, 1986). Relativamente a variáveis que operam no espaço psicológico, Maldonado (1992) defende que, se na construção da auto-imagem a grávida denigre o seu próprio corpo, passará a ter uma baixa auto-estima e tenderá a sentir-se "mal por dentro" (p. 208), julgando-se incapaz de produzir um "bom bebê". Estes sentimentos podem ser confirmados por perdas gestacionais.

Outro dado de cariz obstétrico que poderá encontrar-se associado à psicogénese do parto é a inversão interna do bebê, ou seja, a rotação que ocorre entre o sexto e o oitavo mês e que coloca o bebê de cabeça para baixo no útero. Segundo Soiffer (1986), existe uma estreita ligação entre a inversão

interna do bebé e o parto prematuro. A percepção por parte da mãe destes movimentos de rotação do bebé, provoca uma intensa crise de ansiedade, totalmente inconsciente e que se traduz em diversas manifestações psíquicas e somáticas. Perante estas alterações, a mulher sente que algo de estranho e desconcertante lhe está a acontecer - é habitual as grávidas narrarem que sentem uma revolução dentro do abdómen, uma dor intensa no baixo ventre ou uma sensação de esvaziamento. Se estas vivências são particularmente exacerbadas, verifica-se "um incremento da ansiedade a níveis insustentáveis" (p. 36), podendo-se desencadear alguns processos somáticos, como é o caso do parto prematuro. Em tais situações, é frequente encontrar-se nos processos anamnésicos destas mulheres referências a que, no pós-parto, se sentiam como se tivessem sido submetidas a uma operação ao apêndice.

Na óptica de Justo (1997), a interrupção da elaboração da separação que vai ocorrer no parto (terceiro trimestre da gravidez), desencadeia naturalmente reacções emocionais que se situam entre a ansiedade e a depressão. Assim, "...a própria reactividade psicológica (da grávida) pode contrariar os esforços médicos que visam inibir as contracções uterinas e prolongar a gravidez" (p. 32; parêntesis acrescentados). Campos (2000, p. 20 e ss), referindo-se à "impaciência e intolerância de mulheres que sofrem de contracções prematuras, no que respeita às imposições impostas pela gravidez", admite que uma das formas que lhes assiste para exercer alguma influência sobre a situação é, em primeiro lugar, não cuidarem devidamente de si ou permitirem-se uma actividade excessiva e, em segundo lugar, recusar cooperar com as instruções médicas. Admite-se que, de modo extremado, existe ainda uma outra forma destas grávidas agirem a sua impaciência (com as limitações da gravidez) e influenciarem a actividade uterina. Este processo seria conduzido através da actividade imagética no processo fisiológico – um fenómeno "ideo-automático" onde a mulher, ao querer acabar com a gravidez, aumentaria as contracções uterinas.

Numa estreita articulação entre a vivência psicológica e as manifestações somáticas (obstétricas), Sá (1997) explica que em grávidas cujo sofrimento

mental se traduz numa convexidade do espaço interior para a interacção com o bebé, as probabilidades de ocorrer um abortamento espontâneo no período da gravidez que coincide com os movimentos fetais – entre o 4º e o 5º mês de gestação (e, portanto com a existência real de um bebé talvez antes não-imaginado) – são muito significativas. De modo análogo, Correia (1998, p. 370-371) refere que os insucessos da gravidez revelam uma impossibilidade de vivenciar a gestação e/ou a maternidade por parte da mulher, isto é, de se representar como grávida e/ou como mãe. Nesta sequência, “o estar grávida, no caminho de ser mãe, coloca estas mulheres numa situação de conflito que não conseguem elaborar, utilizando como forma de expressão a via psicossomática”.

Procurando explicitar estes mecanismos, Raphael-Leff (1985, 1996, 1997) admite a existência de duas orientações básicas em relação à maternidade: a facilitadora e a reguladora. Com recurso à primeira orientação, a mãe promove espontaneamente a sua própria adaptação ao bebé e, na segunda, promove a adaptação do bebé a si própria, estabelecendo uma rotina e uma predictibilidade reguladora. As duas orientações seriam sensíveis a factores específicos que contribuiriam para o stress pós-natal, através de uma baixa na auto-estima. Na primeira, estariam em causa os aspectos que dificultam o estabelecimento da identidade materna e, na segunda, o estabelecimento da identidade feminina. A referida autora postula que a realidade psíquica da mulher durante o período gravídico se assemelha a um “contentor procriador” (1996, p. 373), constituído através da interligação de três sistemas: fisiológico-placentário, intrapsíquico-familiar e sócio-ambiental. Numa derradeira proposta, concebe a existência de níveis de tolerância, psico-historicamente predispostos, segundo os quais cada mulher apresenta o seu próprio grau de “permeabilidade” ou “imunidade psicológica” ao processo de “gestação emocional”. Em função do “Paradigma Placentário”, a qualidade, fixação e intensidade das representações maternas pré-conscientes são preponderantes no que diz respeito ao desenvolvimento de mecanismos defensivos durante a gravidez e poderão sê-lo, de igual modo, no período pós-parto. Mesmo tratando-se de um modelo não direccionado exclusivamente para o fenómeno do parto prematuro, os conceitos de

permeabilidade, imunidade psicológica e gestação emocional, são conceitos a reter para a ajuda à compreensão da incapacidade que algumas mulheres revelam em levar a gravidez ao seu término.

Numa teorização com forte semelhança ao conceito de "gestação emocional", Sá (1993, p. 16-17) opera a seguinte distinção: "Uma mulher grávida pode ter alguns aspectos psicológicos que a tornem sobretudo mãe-funcional (que alimenta, cuida, mas não intui e advinha o seu bebé). Nesses casos, uma mulher grávida pode ser, em parte, psicologicamente estéril". Nesta sequência, o mesmo autor assume que "premature é, do ponto de vista psicológico, o bebé que se desencontra sem reparação do desejo dos pais".

Em estreita correspondência para o postulado de mãe-contentora e à guisa de metáfora, Soulé (1992, In "*La mère qui tricote suffisamment*") indica que o acto de tricotar corresponde a um momento ideal para a realização das fantasias e do imaginário materno. Enquanto vai tricotando, a mãe não só vai construindo um novo útero para o bebé, um "útero de lã" (p. 1080, "uterus de laine"), como vai também, malha a malha, idealizando o corpo do bebé. Ao fabricar-lhe um novo contentor em malha, torna-se não só mãe biológica deste bebé, como sua mãe psicológica. Ainda que abordados de forma metafórica, no plano real estes momentos afiguram-se cruciais para o desenvolvimento harmonioso da capacidade materna de contenção.

Se, em jeito de sumário, se procurasse integrar a informação resultante das diferentes abordagens sobre a vivência psicológica de uma mulher em risco de parto prematuro, era possível observar que estas grávidas são mulheres cuja história pessoal revela a morte precoce da mãe, uma má aceitação da puberdade e a existência de problemas ginecológicos na adolescência. Demonstram ser psicologicamente mais imaturas e mais vulneráveis, assumindo que a gravidez conflitualiza com a sua carreira profissional. Revelam estar mais insatisfeitas com a sua vida pessoal, com a sua vida sexual e com o seu corpo. Sentem-se também menos apoiadas pelo seu

companheiro, família e amigos. Respondem a situações de ameaça com mecanismos defensivos intelectuais ou obsessivos.

No que diz respeito à vivência da gravidez propriamente dita, verificam-se atitudes negativas face ao processo gravídico e à própria maternidade, traduzidas por dúvidas relativamente à gravidez, ao desejo de ter o bebé, de ser mãe e aos sentimentos relativos ao feto/bebé. Observa-se uma tendência para a negação do estado gravídico, um maior número de sentimentos negativos associados à gravidez, atingindo por vezes a hostilidade e a rejeição inconsciente daquela gestação. A relação empobrecida com o bebé é reflectida por um diálogo menos satisfatório entre mãe e feto. Embora estas grávidas apresentem uma maior incidência de abortos espontâneos, de interrupções voluntárias da gravidez e de anteriores partos prematuros, sendo a gravidez por vezes pouco investida, pode registar-se uma recusa na aceitação da vigilância médica. Da mesma forma, está patente uma maior apreensividade quanto ao trabalho de parto, ao nascimento do bebé e à vida futura com a criança.

Tendo particularizado a vivência do período gestacional, numa lógica de encadeamento cronológico destes processos, cabe abordar de seguida a vivência da mãe prematura no pós-parto. O confronto com o bebé pré-termo, o estabelecimento da díade e a consequente construção da vinculação com o bebé real, serão objecto de explanação no próximo sub-capítulo.

2.2.2 Pós-Parto e Primeiras Vivências Maternas

Se é verdade que, após um período de nove meses de gestação fisiológica e psicológica, a maioria das mães está preparada para a tarefa que as aguarda, quando este período é abreviado e as suas vivências cerceadas, como acontece no parto prematuro, sentem-se perdidas e incompletas. Agudizando estas vivências do pós-parto, as complicações físicas do recém-nascido fazem perigar o ajustamento psicológico de ambos. A dolorosa realidade psicológica

da mãe prematura tem sido objecto de numerosos estudos e teorizações, como adiante se poderá constatar.

Zachariah (1994), numa tentativa de circunscrever a importância das relações objectais para a natureza da vinculação mãe-bebé, concluiu, contrariamente às previsões que procurava confirmar, que esta vinculação não se encontra significativamente correlacionada com a vinculação mãe-filha ou marido-mulher, mas sim com o tempo de gestação. Ora, face a mais esta confirmação, que dizer da natureza de uma vinculação mãe prematura - bebé pré-termo, sempre interrompida antes de ser concluído o tempo necessário à gestação fisiológica e emocional?

Procurando dar resposta a esta interrogação, faz-se um apelo aos ensinamentos de Kreisler & Soulé (In Lebovici et al, 1995), que indicam que o estado de regressão narcísica em que a mulher se encontra durante a gravidez é súbita e bruscamente interrompido pelo desencadear do parto prematuro. Contribuindo para o esclarecimento desta questão, Lavollay et al (cit. Klaus & Kennel, 1992), com base em entrevistas conduzidas a mães prematuras, assinalam que as sensações dominantes reportadas são: irreabilidade do parto, sensação de vazio, rapidez, urgência. Verificaram também que o parto por cesariana contribuía ainda mais para a não-realização de que a criança nascera, evidenciando-se o fenómeno de maternidade em branco. Em concordância, Kreisler & Soulé (In Lebovici et al, 1995) referem que uma gravidez em que abrupta e prematuramente se desenrola o parto, geralmente de índole traumática, pode deixar a mulher com um sentimento de insatisfação e incompletude, designado como “gravidez amputada” (p. 1904). Mais ainda, o parto prematuro implica uma interrupção no desenvolvimento maturativo do bebé imaginário, revelando-se para a prematura mãe deveras difícil confrontar o seu minúsculo bebé real com o bebé idealizado. Face à dificuldade de integração, a mãe pode refugiar-se no bebé imaginário ficando, conseqüentemente, o luto adiado.

Assim, uma criança pré-termo constitui para a mãe, não uma surpresa, mas uma desilusão que se instala pela constatação do fracassar dos esforços empreendidos durante a gravidez. Mesmo supondo que durante a gravidez a mulher tenha ensaiado e mobilizado forças para a ajudar a suportar o insucesso, o processo de interiorizar que o bebé perfeito com o qual sonhou, mais não foi do que uma fantasia sua, será mais moroso no caso destas mães (Brazelton & Cramer, 1989). O não conseguir transportar o filho dentro de si, até ao termo da gravidez, provoca, em simultâneo, uma sensação de desilusão e angústia. Num registo marcado pela culpabilidade e desvalorização narcísica, as mães prematuras questionam-se sobre a sua capacidade de procriar. Estes sentimentos de angústia, desilusão, culpabilidade e desvalorização podem-se perpetuar, fazendo com que decorra algum tempo antes que consiga sentir prazer na sua nova condição de mãe.

De modo análogo, Rosenblatt (1997, p. 566) é peremptória ao afirmar que o parto prematuro resulta no cerceamento das preparações práticas e afectivas, tão caras a qualquer mãe. Mas, mais grave ainda, é o confronto que lhes está reservado com um "bebé tecnológico" ("high-tech baby") – um ser humano em miniatura rodeado da mais sofisticada tecnologia. A brutal realidade neonatal, não só separa mãe e filho, como torna a mãe totalmente incompetente face aos cuidados neonatais e tecnológicos de que o seu vulnerável filho necessita. Perante tal situação, é comum verificar-se pelo menos uma das seguintes reacções emocionais: 1) medos sobre a sua sobrevivência e receio quanto a previsões para o futuro; 2) culpabilidades relativas a comportamentos mantidos durante a gravidez (e.g. hábitos tabágicos; não ter deixado de trabalhar) que possam ter comprometido a gestação de termo; 3) projecção da agressividade na equipa médica por não terem sido capazes de elaborar um diagnóstico mais precoce que pudesse ter evitado o desfecho do parto pré-termo e, por último, 4) sensações de incapacidade, quando confrontadas com a eficiência e profissionalismo da equipa de cuidados especiais.

Para além dos processos fantasmáticos maternos decorrentes dos efeitos separadores da tecnologia neonatal, existe outro factor ameaçador do processo

de vinculação: a imaturidade do recém-nascido prematuro. Esta imaturidade traduz-se pelos escassos momentos do ciclo de vigília, pela baixa tolerância à estimulação e, conseqüentemente, pela hiper-reactividade aos estímulos sensoriais. Como esclarece Als (cit. Brazelton & Cramer, 1989), os bebês prematuros, no seu pequeníssimo repertório interaccional, ainda que acordados por pouco tempo, têm ciclos de sono profundo menos definidos e mais curtos, sendo também menor a capacidade de se protegerem dos estímulos e conseguirem passar do sono leve ao sono profundo. Por outro lado, estes bebês, mesmo quando acordados, encontram-se, na maioria desse tempo, ou a chorar ou a barafustar, sendo a sua consolação um processo igualmente exigente para os pais. Os bebês prematuros reagem de forma exagerada aos estímulos, mostram-se mais tensos e são hiper-sensíveis ao excesso de estímulo. Confrontadas com esta dura realidade, as mães tendem a compensar estes comportamentos do bebê tornando-se hipervigilantes, enquanto que o bebê tende a evitar o olhar – este tipo de interacção afigura-se um exemplo clássico do erro de contingência. Sucintamente, é lícito afirmar-se que as interacções com prematuros são mais penosas para as mães, na medida em que põem à prova a sua capacidade para se sintonizarem com uma criança menos ordenada e menos apta a reagir (Blanc, 1989). Assim, em função de tais condicionamentos, o recém-nascido prematuro manifesta uma capacidade francamente reduzida para estabelecer contacto. Brazelton & Cramer (op cit.) afirmam que, se o processo de vinculação a um bebê de termo leva o seu tempo e as primeiras tentativas para consolidá-lo podem ser rejeitadas, o problema da adaptação a uma criança francamente imatura, para a qual este processo de vinculação começou cedo demais, cria problemas de ordem vária.

O erro de contingência materno (persistência do contacto visual ou físico materno mesmo perante os movimentos de evitamento do filho na incubadora), corresponde a uma necessidade da mãe de se certificar que o seu bebê está mesmo ali e de sentir que lhe pertence, apesar da separação, da tecnologia e dos problemas existentes. Agudizando progressivamente o quadro relacional, importa considerar os dados lançados por três conjuntos de autores: 1)

Eckerman et al (1999; cit. Campos, 2000), 2) Field (1990, cit. Goldberg & DiVitto, 1995) e 3) Eyler et al (1992). Os primeiros referem que bebês prematuros (aos 4 meses de idade corrigida) não só revelam a hipersensibilidade acima descrita, como apresentam níveis de *arousal* positivo mais baixos e níveis de *arousal* negativo mais altos, quando comparados com os seus pares de termo. Esta situação resulta ainda mais agravada quando se assimilam as directrizes do segundo grupo de autores, que não só enfatizam a fragilidade destes minúsculos seres no que diz respeito ao contacto físico, como também revelam que o contacto com os pais representa apenas 14% do contacto humano a que estão submetidos. Constitui uma verdade inegável que os bebês prematuros são, desde muito cedo, submetidos a um contacto físico doloroso decorrente da sofisticada monitorização, provocando tais cuidados irregularidades no ritmo cardíaco, na respiração, na tonalidade da pele e comportamentos desorganizados. Field apela no sentido de as interacções não destinadas à monitorização terem como objectivo principal apaziguar e confortar estes pequenos-grandes sofredores o que, segundo o autor, pode ser conseguido através do embalar, humano ou mecânico, que funciona como uma medida efectiva no melhoramento das suas condições fisiológicas. De forma idêntica, a Academia Americana de Pediatria (1998) regista que os bebês prematuros revelam maior irritabilidade, hipercinésia e, simultaneamente, maior dependência. Esta realidade menos favorável conhece ainda outro agravamento com a hospitalização prolongada exigida por estes recém-nascidos, perturbando invariavelmente as relações pais-bebé.

Em jeito de conclusão sumária sobre o que se tem vindo a delinear a respeito da relação entre o bebé pré-termo e a sua mãe, Goldberg & DiVitto (1995) afirmam existirem três questões que são específicas à condição de ser mãe de um destes bebês. Assim, em primeiro lugar, surge a questão do *timing* do acontecimento; em segundo lugar, a experiência hospitalar inicial e, por último, as características do bebé pré-termo e suas implicações para o desenvolvimento, comportamento e processo de vinculação. As condições acima expostas, em conjunto ou isoladamente, exercem uma influência directa sobre a criança, os seus pais e sobre a relação entre uns e outros. Goldberg &

DiVitto encerram este debate questionando-se sobre as implicações destas experiências precoces para cada um dos parceiros envolvidos, isto é, para o bebé, para a mãe e para o pai e, ainda, sobre qual o contributo destas vivências precoces para a formação da futura relação mãe-criança.

Descritas as questões relativas à mãe prematura, sua contribuição para o maturar da relação mãe-filho e antes de se olhar o futuro desta relação diádica, impõe-se conhecer o outro parceiro desta relação a dois: o bebé pré-termo.

2.3 Bebés Pré-Termo

A descrição de um bebé pré-termo tem como ponto de partida inevitável a descrição do seu “grau de prematuridade”. Dito de outro modo, quais os seus indicadores pessoais à nascença em termos dos critérios que afixam a prematuridade: peso e idade à nascença

Um dos dois critérios que definem o nascimento prematuro, dotados de maior consenso, tanto em termos clínicos como bibliográficos, é o da Idade Gestacional. Assim, recém-nascidos com uma idade gestacional² inferior à 37ª semana de gestação (3 semanas antes da data prevista para uma gestação de termo) ou com menos de 259 dias de gestação são considerados prematuros (Bernham & Shiono In Fanaroff, 2002; Roberton, 1999; O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcet 1995). No entanto, Paul (1992) alerta para a controvérsia instalada em termos do cálculo da idade gestacional. A contabilização deste critério fundamental para a definição de prematuridade, quer seja calculada a partir da história menstrual, quer encontrada através dos marcos obstétricos (aparecimento dos sons cardíacos fetais; percepção dos movimentos do feto; altura do útero), nem sempre se afigura coincidente, não sendo por essa razão objecto de unanimidade por parte dos diferentes especialistas.

² A Idade Gestacional, calculada em semanas completas ou dias, é um conceito que se reporta à duração da gestação. Para este cálculo, assume-se como princípio de contagem o primeiro dia do último ciclo menstrual da mulher.

O segundo critério para a definição do parto pré-termo prende-se com o “Peso à Nascimento”. A este respeito, Sweet (1986, cit. Paul, 1992) esclarece que no passado todo o recém-nascido que apresentasse um peso à nascença inferior a 2500 gramas era considerado prematuro, sem se ter em conta a correspondente idade gestacional. Na verdade, durante as décadas de setenta e oitenta o parâmetro de peso à nascença foi dotado de uma quase total exclusividade (para a definição da prematuridade), o que resulta claro da consulta da literatura publicada na época. Esta exclusividade inviabiliza a comparação com dados extraídos de investigações posteriores, uma vez que, em relação às primeiras, não é possível determinar se se tratam de amostras de prematuros ou simplesmente de recém-nascidos com baixo peso para a idade gestacional.

Uma outra tentativa para estabelecer os parâmetros que definem o nascimento pré-termo é da autoria da Academia Americana de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (1998). Em prol de uma maior clareza nesta definição, é associado aos dois critérios definidores da prematuridade (idade gestacional e peso à nascença), um terceiro critério: o crescimento intra-uterino. Assim, a Academia Americana de Pediatria advoga que, para a definição de prematuridade, há que ter em consideração não só a idade de gestação e o peso à nascença, como também o crescimento intra-uterino, porém, sugerem ainda que se proceda à divisão dos recém-nascidos em duas categorias, a saber: os de baixo peso, incluindo prematuros e bebés de termo com peso à nascença inferior a 2500 gramas e os de peso à nascença, superior a 2500 gramas.

Procurando dar o seu contributo para a definição da prematuridade, Rosenblatt (1997, p. 565) socorre-se da seguinte categorização: “A designação prematuridade reporta-se ao nascimento pré-termo (antes da 37ª semana de gestação). Ainda que a maturidade se apresente como o melhor preditor do período neonatal e do prognóstico a longo termo, a idade gestacional nem sempre é um critério dotado de grande validade. Por esta razão, os estudos que versam a área da prematuridade socorrem-se também das diferentes categorias de peso à nascença: extremo baixo peso à nascença (peso inferior

a 1000 gramas e idade de gestação correspondente a 23 - 27 semanas); muito baixo peso (peso situado entre os 1001 e 1500 gramas e idade de gestação 28 - 31 semanas) e baixo peso (entre os 1501 e 2500 gramas e idade de gestação 32 - 36 semanas)".

Com vista a sintetizar os diferentes parâmetros e definições que se encontram na literatura, Bernham & Shiono In Fanaroff (2002, p. 21) enquadram os recém-nascidos com "baixo peso à nascença" (menos de 2500 gramas), em duas categorias distintas: 1) recém-nascidos com "peso moderadamente baixo à nascença" (peso à nascença entre 1500 e 2499 gramas) e 2) recém-nascidos com "muito baixo peso à nascença" (peso à nascença inferior a 1500 gramas).

Por seu turno, O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcet (1995) apresentam a seguinte diferenciação: recém-nascidos com peso inferior a 2500 gramas são considerados de "baixo peso" (low birth weight - LBW) sendo que a designação de recém-nascidos de "muito baixo peso" (very low birth weight - VLBW) reporta-se a um peso à nascença inferior a 1500 gramas. Qualquer destas situações decorre, quase sempre, de uma prematuridade de, pelo menos, 32 semanas. O último índice desta escala considera um peso à nascença inferior a 1000 gramas (extremely low birth weight – ELBW), o que é habitual surgir nos casos designados por "grande prematuridade". Por razões óbvias, os grandes prematuros são sempre recém-nascidos de alto risco. Num esforço deliberado para esclarecer as questões da prematuridade e do peso à nascença, os autores supra expressam a necessidade de distinguir claramente as duas situações neonatais. Por um lado, o baixo peso à nascença inerente a uma situação de prematuridade e, por outro, aqueles que podem ser denominados de "recém-nascidos de baixo peso para a idade gestacional". Considera-se que um recém-nascido apresenta um peso baixo (correspondente à idade gestacional) quando o seu peso se situa num nível inferior ao percentil dez (para a idade gestacional). De modo análogo, Robertson (1999) defende que, a fim de se circunscrever a definição de prematuridade, se utilizem os critérios "Light For Date" (LFD) e "Small For Date" (SFD), com

recurso aos percentís de desenvolvimento fetal, aquando da avaliação neonatal do recém-nascido.

Procurando igualmente categorizar os diferentes graus de prematuridade, Palminha (1998) traz mais alguns dados à colação. O autor defende que se entende por "grande prematuridade" (expressão que não se encontra nos dicionários médicos) o conjunto de problemas originados pela interrupção involuntária da gravidez com menos de 32 semanas (aproximadamente 7 meses de gestação). Todavia, e porque esta definição não mereceu uma aceitação universal, os neonatologistas optam pela designação de recém-nascidos de muito baixo peso, isto é, com peso inferior a 1500 gramas à nascença. Contudo, importa salientar que esta não se apresenta como uma população uniforme, sendo substancialmente diferente o grupo que nasce com peso entre 500 a 1000 gramas, daquele que nasce com um peso de 1000 a 1500 gramas. Segundo Palminha, os bebés do primeiro grupo são designados "prematurríssimos" pelos franceses e "tiny babies", pelos ingleses.

Da expressão anglófona supra, ressalta a imagem da grande fragilidade destes minúsculos seres humanos. As questões inerentes ao seu nascimento, sobrevivência e qualidade de vida fazem deste acontecimento de vida uma questão de saúde pública.

2.4 Prematuridade: Uma Questão de Saúde Pública

Estima-se em cerca de 13 000 000 o número de crianças nascidas prematuramente em cada ano a nível mundial (Gonçalves, 1996). Tendo presente não só as implicações de um parto prematuro para o recém-nascido, como para a sua mãe, este número confere de imediato à prematuridade o estatuto de "questão de saúde pública".

No que concerne à importância da prematuridade enquanto factor de desenvolvimento socio-económico, a Organização Mundial da Saúde (OMS),

na sua casuística, defende que a Taxa de Mortalidade Infantil é uma das medidas mais importantes no que toca à “saúde de uma nação”. Em conformidade com esta afirmação, a OMS inclui a mortalidade infantil como um dos doze indicadores da “Global Strategy for Health for All”. Consta naturalmente desta estratégia, a redução das taxas de recém-nascidos com baixo peso e/ou prematuros (Rutter, Quine & Chesham, 1993).

E porque a prematuridade e suas consequências são consideradas como questão de saúde pública, urge também conhecer os contornos percentuais das taxas de mortalidade e morbilidade. A título de ilustração, refira-se o alerta oriundo da prática clínica e da literatura no sentido do parto prematuro ser, ainda hoje, uma das principais causas da mortalidade e da morbilidade perinatais. Constata-se que o nascimento prematuro é a causa principal de mortalidade infantil na Europa, Austrália e América do Norte (Garbaciak 1992, cit. Seabra, 1993; McCormick 1985, cit. Paul, 1992; Goepfert & Goldenberg; 1996). Em suma, alguns autores são ainda mais enfáticos no que concerne ao contributo da prematuridade para estas taxas. Gonçalves (1996) comunga desta perspectiva, afirmando que o parto pré-termo e a consequente prematuridade constituem hoje a principal causa de morbilidade e mortalidade perinatais.

Gomes-Pedro (1997) indicia que, apesar da grande redução de complicações pós-natais verificadas na última década, a paralisia cerebral, uma das sequelas mais significativas inerentes ao nascimento prematuro, continua a revelar uma prevalência 10 a 40 vezes superior à dos recém-nascidos de termo.

Douviere & Gouyon (1999) referem que, nos últimos 15 anos, a prevalência do nascimento de recém-nascidos com menos de 33 semanas de gestação e ainda de recém-nascidos entre as 22 e 28 semanas de gestação duplicou. Estimam que mais 7000 recém-nascidos com pesos que medeiam os 500 e os 1500 gramas nascem vivos cada ano. Apontam que, às 25 semanas de gestação, a sobrevivência situa-se ao nível dos 50%, às 29 semanas de gestação, nos 86% e às 32 semanas de gestação, nos 96%. Pese embora o

facto de estes nascimentos (grande prematuridade) corresponderem apenas a um valor percentual (1%) da Taxa de Natalidade, em termos da Taxa de Mortalidade apresentam uma configuração percentual situada nos 50% e, de igual modo, são responsáveis pela mesma expressão (50%) na Taxa de Morbilidade. Na sequência dos valores apresentados e com vista à apreensão total da realidade da prematuridade enquanto questão de saúde, os investigadores recordam à comunidade clínica e científica que o risco materno, inerente ao parto prematuro, também não deve ser menosprezado.

Procurando esclarecer algumas das contribuições dos nascimentos pré-termo para a saúde pública, Goldberg & DiVitto (1995, p. 209) apresentam os seguintes indicadores: "Em cada ano cerca de 2 a 9% dos recém-nascidos requerem um internamento numa unidade de cuidados intensivos neonatais. A grande maioria destes bebés nascem prematuros e pesam menos de 2500 gramas". Não restam, assim, quaisquer dúvidas quanto ao contributo do desenvolvimento médico e tecnológico para a ampliação das fronteiras da sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo. De facto, desde 1990 que é possível assistir à sobrevivência de bebés com escassas 23 a 24 semanas de gestação e com um peso inferior a 500 gramas. Numia postura optimista e aclamando de igual modo o desenvolvimento tecnológico, Allen, Donohue & Dusman (1993, cit. O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcet, 1995) também apresentam indicadores favoráveis, afirmando que actualmente já se revela possível garantir a sobrevivência da maioria das crianças nascidas com apenas 25 semanas.

Neste sentido, Brazelton (1992) refere que é cada vez maior o número de recém-nascidos de muito baixo peso que não sofrem, em consequência deste nascimento, uma lesão cerebral. Este prognóstico baseia-se em três factores: 1) tamanho, fase e maturação do bebé antes do parto prematuro; 2) celeridade com que entra em equilíbrio terapêutico no pós-parto e 3) harmonia com que o equilíbrio clínico é mantido nos primeiros tempos de vida. Em jeito de elogio aos progressos médicos e tecnológicos, Brazelton relata que a década de oitenta tornou possível assegurar a sobrevivência de bebés com peso à

nascença superior a 370 gramas e que as estatísticas indicam que mais de 50% dos bebés nascidos com menos de 750 gramas sobrevivem. Por seu turno, Rutter, Quine & Chesham (1993) registam que relativamente à mortalidade infantil, em Inglaterra e no País de Gales, os dados mais animadores são provenientes dos prematuros nascidos com muito baixo peso. Desde o princípio da década de noventa que se revelou ser possível assegurar a sobrevivência de 30 a 40 % dos recém-nascidos que, na década anterior, teriam sucumbido devido à sua fragilidade e à inexistência de meios para fazer face à situação clínica neonatal. O desenvolvimento e a sofisticação tecnológica dos cuidados neonatais muito têm contribuído para este notável feito da medicina e da tecnologia, enfim, da humanidade.

Relativamente à caracterização da mortalidade e morbilidade, de acordo com o sexo, há que dar conta que, quer a taxa de mortalidade quer a incidência de complicações pós-natais em recém-nascidos prematuros, apresentam diferenças significativas na sua distribuição, sendo em maior número no sexo masculino (Brothwood, Wolke, Gamsu et al, 1986).

Não menosprezando a importância da caracterização e configuração percentuais da mortalidade e morbilidade para as políticas de saúde de cada país, sendo o objectivo último a compreensão do complexo epifenómeno que é o nascimento de um recém-nascido pré-termo, há que prosseguir no sentido de uma análise mais profunda que permita vislumbrar o(s) desencadeante(s) deste acontecimento e o(s) impacto(s) futuro(s) resultante(s) de um nascimento prematuro, para a criança, a mãe, a família e a sociedade. Kreisler & Soulé (In Lebovici et al, 1995) defendem que o nascimento de um número cada vez maior destas crianças com menos patologias ou lesões à nascença tem levado os investigadores a focalizarem a sua atenção não só nas repercussões a longo prazo e na identificação de possíveis patologias tardias, como também, numa perspectiva profilática, no estudo da etiologia da prematuridade.

Porém, antes de se contemplar a diversidade do domínio etiológico ou etiopatogénico, há que apresentar alguns contributos nacionais para a compreensão da prematuridade.

2.4.1 Alguns Indicadores sobre a Prematuridade em Portugal

Em 1938 foi criada em Portugal a primeira unidade de cuidados especiais para recém-nascidos, na Maternidade Júlio Diniz, no Porto. Todavia, teriam de decorrer cerca de cinquenta anos até que as diferentes unidades nacionais destinadas a assistir o recém-nascido em risco se encontrassem devidamente apetrechadas com o equipamento necessário à prestação de cuidados intensivos totais ao recém-nascido pré-termo. De acordo com Gomes-Pedro (1997), é expectável que hoje em dia, nestas unidades, face ao progresso extraordinário que se tem conhecido, se registem as seguintes taxas de sobrevivência: 50% para recém-nascidos com peso à nascença entre os 500 gramas e os 749 gramas; igual ou superior a 85% para recém-nascidos com peso à nascença entre os 750 gramas e os 999 gramas; cerca de 95% para recém-nascidos que pesem entre os 1001 gramas e os 1249 gramas; e, inequivocamente superior a 98%, para bebés com pesos compreendidos entre os 1500 e os 2499 gramas.

Numa leitura dos dados nacionais, Palminha (1997) reporta que cerca de 1% de todos os nados-vivos têm um peso à nascença inferior a 1500 gramas. Significa isto que em Portugal (para uma média de 100 000 nados-vivos nos últimos anos) nascem 1000 destas crianças por ano. Deste universo, cerca de 500 têm um peso inferior a 1000 gramas ("prematurríssimos" ou "tiny babies"). Parafraseando o citado autor, regista-se que a média da idade de gestação deste último subgrupo se situa, grosso modo, nas 28 semanas (com limites entre as 24 e as 30 semanas). No grupo de 1000 gramas a 1500 gramas, a média das idades é de 30 semanas e a dos pesos é de 1100 gramas. Assinalando a existência de uma relação inversamente proporcional entre a menor idade gestacional e as respectivas taxas de mortalidade e morbilidade, Palminha salienta que, em Portugal, as taxas de sobrevivência abaixo dos 1000 gramas já ultrapassaram os 50% (em alguns serviços, aproximando-se dos 70%) e, entre os 1000 e os 1500 gramas, atingiram os 80%.

Barros, Teles & Silva (1992, 1998) têm vindo a registar que, para além dos factores de risco para a prematuridade já reconhecidos na literatura (por exemplo, gestação gemelar, história pessoal de partos pré-termo anteriores), factores como os cuidados pré-natais, a natureza da actividade profissional materna e o estatuto nutritivo materno têm de ser devidamente equacionados. Relativamente aos tipos de partos prematuros observados, apresentam as seguintes estatísticas de caracterização nacional: a) entrada prematura em trabalho de parto (29%); b) ruptura de membranas prematura (49%); c) parto pré-termo iatrogénico (22%).

No que à Psicologia diz respeito, nomeadamente à Psicologia da Saúde, ao nível nacional, os últimos dez anos têm assistido a um avolumar de abordagens empíricas e teorizações sobre a prematuridade. Como decorre do presente capítulo, têm sido temas abordados: a psicogénese da prematuridade (Campos, 2000; Paul, 1992; Sá, 1993, 1997; Seabra, 1992); a vinculação mãe-bebé (Justo, 1990; Pereira, 1998); o papel do psicólogo na intervenção com a diáde prematura nas unidades de cuidados intensivos neonatais (Belo, 1996; Justo, 1990); auto estima e atitudes maternas (Alonso, 1990; Mendes, 1992); o desenvolvimento psicomotor dos prematuros (Gomes-Pedro, 1997); ansiedade materna (Areias & Botelho, 1991; McIntyre, 1997; Miranda, 1997); acontecimentos de vida e parto pré-termo (Mendonça, Coelho & Barroso, 1998); estrutura da personalidade de mães prematuras (Botelho & Leal, 2001).

Se até ao momento o presente capítulo se tem centrado principalmente sobre a mãe prematura e o recém-nascido pré-termo e o seu estatuto de questão de saúde pública, há que elencar os factores etiológicos que têm sido identificados para explicar o(s) porquê(s) de uma mulher não conseguir levar a sua gestação até ao termo previsto.

2.5 Etiologia da Prematuridade: Factores Maternos

Ao longo das últimas décadas a etiologia da prematuridade, como vector de investigação, tem sido exaustivamente estudada. Contudo, na vasta maioria dos levantamentos etiológicos, o principal “sujeito de investigação” tem sido a mãe que teve um filho prematuro ou a grávida em risco de parto pré-termo. Por outras palavras, a busca de factores etiopatogénicos tem incidido sobre as condições orgânicas, psicológicas, psicossociais e ambientais da mãe prematura [Academia Americana de Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia (1998); Amon (1989); Behrman & Shiono, In Fanaroff & Martin (2002); Brazelton (1992); Cloherty (1985, cit. Paul, 1992); Demyttenaere & Maes (1995); Goldberg & DiVitto (1995); Harlow & Spencer (1999, In Rennie & Robertson, 1999); Justo (1990); Klaus & Fanaroff (1982); Kreisler & Soulé (In Lebovici et al, 1995); Lederman (cit. Rutter, Quine & Chesham, 1993); Mamelle, Segueila, Munoz et al (1986, 1997, 1998, 2001); O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett (1995); Omer, Friedlander & Palti (1986a, 1986b, 1986c); Paarlberg, Marieke & Vingerhoets (1995); Rosenblatt (1997); Roberts, Morrison, Perry, Floyd, McLaughlin & Fox (1995); Rosenblatt (1997); Rutter, Quine & Chesham (1993)].

Tantas têm sido as iniciativas com vista à determinação da etiologia materna sobre a prematuridade que, não fosse a dificuldade na inter-replicabilidade de resultados obtidos (factores etiológicos maternos), se poderia alvitrar que neste campo tudo já fora procurado (embora talvez não descoberto). Com efeito, ao longo das últimas duas décadas, a mãe prematura e tudo o que à mesma diz respeito, tem configurado de tal modo o “objecto de pesquisa” que inclusivamente já foi investigada uma eventual ligação entre o calendário sazonal (isto é, as estações do ano) e a entrada em parto pré-termo (Posaci, Saygili, Erata, Onvural et al, 1995).

Como mais adiante será explicitado a respeito do “*multiple marker test*”, vários têm sido os levantamentos etiológicos que procuram inventariar os factores maternos responsáveis pela génese do parto prematuro: factores médicos ou

orgânicos; psicossociais, sociais e ambientais; stress, ansiedade e coping; factores afectivo-emocionais; atitudes e vivências maternas, entre outros. Todavia, não descurando o vasto contributo do conhecimento destes factores para a compreensão do parto pré-termo, persistem muitas dúvidas sobre o modo como operam no desencadear deste acontecimento clínico. Com efeito, perante a ausência de um modelo integrado que descreva a etiologia desta realidade, é frequente observar na literatura frases da seguinte índole: "Embora o parto prematuro constitua uma causa importante da mortalidade perinatal, a sua etiologia permanece desconhecida numa grande percentagem de casos" (Seabra, 1993, p. 65) ou: "Um número substancial de nascimentos prematuros decorrem caracteristicamente de um parto prematuro idiopático, ou seja, não têm uma causa conhecida" (Buescher, 1988, cit. O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcet, 1995, p. 464).

Assim, apesar de muitos autores apelarem a uma leitura conjunta dos factores etiológicos do parto pré-termo, certo é que a vasta maioria ainda assume um carácter marcadamente especializado, sendo escassos os estudos que apresentam uma metodologia de recolha e análise de dados holística. A este respeito, Omer, Elizur, Friedlander & Palti (1986c) referem que, dada a complexidade de que se reveste a génese do parto pré-termo, o nexo de causalidade deve ser assente numa matriz multi-factorial onde são equacionadas conjuntamente as variáveis psicológicas, médicas e demográficas.

Não descurando a proposta de Omer, e porque são raras as abordagens integradas sobre a etiopatogenia da prematuridade, far-se-á a apresentação dos factores etiológicos da prematuridade tal como predominantemente figuram na literatura.

2.5.1 Factores Orgânicos

Nondofaz, Thoumosin & Foidart (1998) são unânimes ao afirmar que, em 55% dos casos de incidência de parto pré-termo, não é possível estabelecer uma causalidade linear no que concerne aos factores de risco médico ou orgânico. Esta percentagem é igualada pelos dados publicados pela conceituada Academia Americana de Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia (1998, p. 178) que salientam que "50% dos partos prematuros ocorrem em mulheres que entram espontaneamente em trabalho de parto".

Na verdade, este súbito e inexplicável despertar para um parto prematuro pode ser considerado como um fenómeno patente desde os primeiros tempos em que se começou a estudar este acontecimento de vida. Já nos finais do século dezanove, o pioneiro Pierre Budin, afirmava: "Tudo deve ser feito para assegurar que uma criança nasça de termo, bem desenvolvida e saudável. Mas, apesar de todo o cuidado, existem crianças que continuam a nascer prematuramente" (Klaus & Fanaroff, 1982). Decorrido mais de um século desde que esta frase foi proferida, tempo de estonteantes avanços médicos, a incidência do parto pré-termo (10% do número total de partos) não tem sofrido qualquer diminuição e continuam patentes na literatura comentários do género: "O parto prematuro continua a ser o aspecto menos resolvido da medicina reprodutiva" (Amon, 1989, p. 1380). Rosenblatt (1997), numa posição análoga, afirma categoricamente que apenas um terço das mulheres que sofrem um parto prematuro têm factores de risco identificáveis.

Em virtude desta realidade desconhecida, a maioria dos autores e investigadores tem-se dedicado ao levantamento de hipóteses e à pesquisa de alguns factores de risco que podem estar implicados na origem do parto prematuro. Embora referindo que "a etiologia da prematuridade permanece desconhecida", Cloherty (1985, cit. Paul, 1992, p. 394) não deixa de elencar um aglomerado de condições que podem contribuir para o parto pré-termo - pobreza, raça negra, má nutrição, idade materna inferior a 16 anos ou superior a 35,5 anos, maior actividade materna, tabagismo, doença aguda ou crónica da

mãe, gestação múltipla, polihidramios, partos prematuros anteriores, gravidezes muito seguidas, incompatibilidade cêrvica, malformações uterinas, trauma uterino, perda de sangue vaginal devido a placenta prévia ou abrupta, ruptura prematura de membranas, condições fetais e, ainda, a avaliação incorrecta da idade de gestação.

Brazelton (1992) também tem procurado inventariar os factores etiológicos de cariz orgânica, por forma a esclarecer a natureza e a forma como tais condições, quando reunidas concomitantemente, predispoem à prematuridade. Segundo o autor, importa ter em atenção que as influências dos factores etiológicos sobre o feto em desenvolvimento são cumulativas. Assim, é provável que uma toxina simples, como a nicotina ou a marijuana em doses fracas, não afecte um feto em desenvolvimento, pois o seu efeito está relacionado com diferentes variáveis: 1) fase do desenvolvimento fetal (quanto mais novo, mais vulnerável); 2) taxa sanguínea da toxina circulante na mãe e 3) sensibilidade dos tecidos da mãe (isto é, a quantidade de toxina absorvida por ela, protegendo assim o feto). Na presença de várias toxinas, não é apenas provável que o seu efeito seja cumulativo como, resultante de uma interacção, os efeitos nocivos podem sair mutuamente reforçados. Perante um quadro de má nutrição materna, o efeito da droga, da nicotina, do álcool, por exemplo, pode elevar-se no feto pela não absorção das toxinas por parte dos tecidos maternos. Em tais circunstâncias, admite-se que estas substâncias químicas serão transmitidas ao feto que, por se encontrar igualmente em mau estado nutritivo, se torna mais vulnerável à toxicidade.

No que concerne aos efeitos dos hábitos tabágicos para o parto prematuro, a literatura médica apresenta um posicionamento frontal que, numa primeira leitura, mais se assemelha às advertências impressas nos maços de cigarros: "Cigarette smoking shortens the length of pregnancy" – Fumar diminui o tempo de gestação (Boer, Smit, & van Huis, 1994, cit. Botelho & Leal; 2001, p. 68).

Outro factor etiológico constante da bibliografia sobre a prematuridade (Kreisler & Soulé, In Lebovici et al, 1995; Rosenblatt, 1997), prende-se com as técnicas

de reprodução assistida. Um desfecho comum dos tratamentos de infertilidade é a gravidez múltipla, cujo resultado frequente é o nascimento prematuro de gémeos. Segundo Roberts et al (1995), os quatro factores de risco para o parto pré-termo são: 1) a gravidez gemelar; 2) a história de partos prematuros; 3) anormalidades uterinas e 4) factores cervicais. Com base num estudo descritivo e retrospectivo incidindo sobre uma amostra de grávidas que apresentavam um ou mais dos quatro factores assinalados, referem que a média de partos pré-termo ocorridos se situou entre os 14% e os 30%.

Por último, cabe salientar que, não raras vezes, se encontra nos dados anamnésicos das mães prematuras ou nas grávidas internadas em risco de parto pré-termo, o registo de "tentativa de interrupção voluntária da gravidez" (IVG). Frequentemente associadas ao parto prematuro, as tentativas de interrupção voluntária da gravidez nos primeiros tempos de gravidez figuram como um factor etiológico da prematuridade. Nas situações gravídicas em que o desfecho de tal tentativa é o nascimento de um bebé prematuro, o pós-parto é imbuído de uma grande culpabilidade por parte da mãe, desmascarada com comentários do género "parece um aborto" e "está mal acabado" (Kreiser & Soulé, In Lebovici et al, 1995).

Concluída a exposição sobre os factores etiológicos de cariz orgânico, cumpre agora assinalar outras abordagens que têm versado sobre a etiologia do parto pré-termo à luz de diferentes enfoques maternos.

2.5.2 Factores Sociais, Psicossociais e Ambientais

Lançando um breve olhar sobre os escritos da escola psicossocial a respeito dos desencadeantes do parto prematuro, vários investigadores têm tentado identificar factores psicossociais (maternos) susceptíveis de estar na origem de partos prematuros que não apresentavam qualquer factor de risco médico ou ambiental. Com este propósito, Newton & Hunt (1984, cit. Seabra, 1993) demonstraram a existência de uma associação significativa entre o baixo

peso/prematuridade e a ocorrência de acontecimentos de vida importantes no último trimestre da gravidez. Os investigadores definem estes acontecimentos de vida como aqueles cuja ocorrência pode ser confirmada por um terceiro, isto é, um acontecimento factual, não colorido pelos sentimentos do sujeito ou do observador. Apresentam-se como exemplos destes acontecimentos de vida a separação conjugal ou a morte de um parente próximo. Corroborando os trabalhos de Newton & Hunt, Adler & Heyes (1990) observaram a existência de uma correlação significativa entre pontuações elevadas em escalas de acontecimentos de vida stressantes e um aumento na incidência da prematuridade. Mackey, Coster-Schulz & Tiller (1999) obtiveram resultados confirmatórios em grávidas internadas em risco de parto pré-termo. As participantes deste estudo revelaram uma maior incidência de acontecimentos de vida stressantes, de natureza psicossocial, comportamental e médica/obstétrica.

Com vista à redução do número de complicações obstétricas, entre as quais o baixo peso à nascença e a prematuridade, Rutter, Quine & Chesham (1993), alertam para a importância do apoio social durante a gravidez. Deste modo, defendem que o apoio social poderá funcionar como uma espécie de barreira protectora (*buffer*), tornando a grávida impermeável aos efeitos nocivos do stress. Numa linha de raciocínio semelhante, Goldberg & DiVitto (1995) advogam, no que concerne à etiologia social/ambiental da prematuridade, que as mães jovens, oriundas de famílias de recursos limitados, com fracos cuidados pré-natais e sujeitas ao stress resultante da pobreza, são candidatas sérias ao parto prematuro, comparativamente a mulheres que se encontrem em situações sócio ambientais mais vantajosas. Porém, e para o devido esclarecimento desta questão, O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcet (1995) contrapõem que, sendo as gravidezes não desejadas mais frequentemente encontradas em jovens mães oriundas de meios sócio-económicos muito baixos, torna-se difícil destringir os contributos decorrentes de uma vida de má nutrição e falta de cuidados de saúde, dos demais factores de stress associados à pobreza.

Sendo certo que as grávidas desempregadas ou provenientes de grupos populacionais desfavorecidos estarão sujeitas a inevitáveis factores de stress, Mamelle (1986) refere que o emprego, por si só, não serve de garante a uma gravidez de termo, na medida em que certas categorias profissionais são susceptíveis de predispor para o parto prematuro. Constituem exemplos das categorias profissionais identificadas, as operárias especializadas, as trabalhadoras do comércio e o pessoal médico-social. Em oposição a estes grupos profissionais, encontram-se as empregadas de escritório, quadros superiores e professoras, as quais aparentam ser categorias profissionais dotadas de maior imunidade à prematuridade. Em jeito de esclarecimento, Mamelle aponta para a carga horária e a quantidade de fontes de cansaço profissional (postura, calor, atmosfera poluída) como sendo factores implicados no devir do parto prematuro. Para um melhor esclarecimento sobre a relação numérica entre gestação e ocupação profissional, Behrman & Shiono (In Fanaroff, 2002) assinalam que 75% das mulheres inseridas no mercado de trabalho encontram-se na etapa reprodutora do ciclo de vida e que estatísticas provenientes dos Estados Unidos da América estimam que, em cada ano, pelo menos 10% das mulheres empregadas dão à luz. Em 1980, mais de 1 250 000 de nados-vivos nasceram de mães que tinham trabalhado no ano anterior ao do nascimento.

Segundo uma revisão da literatura produzida entre 1936 e 1995, sobre a relação entre os factores psicossociais e o desfecho da gravidez (pré-termo, baixo peso à nascença, pré-eclampsia e complicações intra-partum) levada a cabo por um extensa equipa de investigação (Paarlberg, Marieke & Vingerhoets, 1995), existem três possíveis vias que ligam a exposição a factores psicossociais ao desfecho da gravidez. A primeira, ainda que indirecta, decorre dos comportamentos de coping e hábitos de vida pouco saudáveis. A segunda, com repercussões mais directas, está associada à influência das hormonas dependentes do stress. A última via, encontra-se directamente dependente de factores psico-imunológicos. Os resultados de uma investigação da autoria de Freda, Andersen, Damus, Poust, Brustman & Merkatz (1990) revelam-se plenamente de acordo com a segunda via. Os

investigadores partem do pressuposto de que grávidas citadinas, devido ao seu estilo de vida e níveis de stress, encontram-se muitas vezes em elevado risco de parto pré-termo. Freda, Andersen, Damus et al (1990) observaram que, quando uma mudança de estilo de vida ou uma redução/eliminação do elemento stressante se afigurava como possível, as mulheres que efectivamente conseguiam reduzir os níveis de actividade ou o nível de stress, revelavam maior probabilidade de alcançar o parto de termo.

McIntyre, Carvalho & Milhazes (1995), referem ainda que revisões de estudos desenvolvidos nos últimos trinta anos (De Frank, 1988, Lobel et al, 1992) estabelecem uma relação inequívoca entre stress pré-natal, prematuridade e baixo peso à nascença. Num posicionamento mais holístico, O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcet (1995), postulam que as causas da prematuridade advêm de uma origem social, ambiental ou biológica e que, na maioria dos casos, derivam de uma combinação destes factores. Numa linha de grande optimismo, assinalam a aceitação de alguns procedimentos passíveis de reduzir o risco de parto prematuro, como por exemplo: 1) participação antecipada e seguimento de programas pré-natais; 2) renúncia à utilização de substâncias aditivas, como o tabaco, o álcool e drogas e 3) manutenção de uma dieta saudável.

Segundo os autores que a seguir se indicam, o stress, os factores sociais ou as vivências psicossociais não explicam, por si só, o desencadear do parto prematuro. Para se perceber esta sofisticada relação há que recorrer à forma como estas condições são vivenciadas pela grávida (com ou sem ansiedade) e aos recursos de que dispõe para fazer face a estas situações (mecanismos de coping).

2.5.3 Factores Ansiogénicos e Mecanismos de Coping

Na década de setenta, Lederman (cit. Rutter, Quine & Chesham, 1993) procurou cruzar duas variáveis que até então permaneciam relativamente distanciadas: ansiedade e contracções intra-uterinas. Neste intuito pretendia

analisar o hipotético contributo dos estados de ansiedade para o desencadear do parto prematuro. Dos resultados extraídos, emerge uma correlação significativa entre os estados de ansiedade e as contracções intra-uterinas na grávida. Ficou ainda estabelecida uma correlação negativa entre a ansiedade e as atitudes da grávida para com o estado gravídico e os processos psicológicos em torno dessa vivência. Omer, Friedlander & Palti (1986a, 1986b), estabeleceram uma ligação entre as pontuações de ansiedade registadas, por um lado, e o parto prematuro e as contracções prematuras no parto de termo, por outro.

Pormenorizando estas questões, Justo (1990, cit. Beck et al, 1980) remete para a existência de uma associação significativa entre o nível de ansiedade durante o terceiro trimestre da gravidez e a ocorrência de complicações obstétricas durante o trabalho de parto, bem como complicações pediátricas durante ou no pós-parto. Esta realidade ansiogénica estimulou e originou a realização de investigações respeitantes aos benefícios da intervenção psicológica. Neste período, o investimento psicoterapêutico com grávidas revelou que os aspectos psicológicos são de primordial importância na manutenção e desenvolvimento da gravidez saudável e, bem assim, que a intervenção psicoterapêutica, em conjunto com a intervenção médica, podem contribuir significativamente para a redução dos mais variados transtornos da gravidez. Mamelie et al (1997, 1998, 2001) têm igualmente procurado operacionalizar o contributo da psicoterapia com grávidas em risco de parto prematuro para o retardar do parto pré-termo, assim como para o minimizar das complicações no desenvolvimento neuropsicológico do recém-nascido. Considerando os sintomas do parto prematuro como uma expressão somática de dificuldades psicológicas associadas à gravidez, estes investigadores comprovaram que a psicoterapia reduz a ratio de parto prematuro de 26% (grupo de controlo, com recurso a acompanhamento psicoterapêutico regular) para 12% (grupo experimental, com apoio psicoterapêutico adicional). É ainda referido que 92% das mulheres no grupo experimental aceitaram prontamente o apoio psicoterapêutico adicional.

Outra linha de investigação que nos anos 90 foi alvo de atenções, relaciona os estilos de coping e as implicações dos mesmos para o parto prematuro, ou seja, a influência dos mecanismos de coping para grávidas em risco de parto ante-termo. Demyttenaere & Maes (1995) visaram quantificar psicometricamente os estilos de coping e a ansiedade, socorrendo-se de uma metodologia com um grupo experimental de primigravidae em risco de parto prematuro e de um grupo de controlo de grávidas sem risco. Apesar de não terem sido observadas diferenças significativas entre os dois grupos, ficou, no entanto, comprovado que os estilos de coping são importantes preditores da prematuridade. Dentro destes estilos, a procura de suporte social evidenciou-se como um mecanismo protector do estado gravídico. Explicitando, os filhos das mulheres que exibiam um estilo de coping que apelava ao suporte social, nasceram com mais idade gestacional. Contrariamente, um estilo de coping mais activo revelou uma correlação negativa com a idade gestacional dos recém-nascidos (quanto mais activas as actividades de coping, maior a probabilidade de um nascimento prematuro). Resumindo, quanto mais elevado o nível do coping activo, maior o risco de parto pré-termo em grávidas em risco de dar à luz prematuramente.

2.5.4 Estudos Epidemiológicos em torno do Nascimento Pré-Termo

Após um notável estudo longitudinal (1980-1990) sobre a epidemiologia da prematuridade baseado numa amostra de 7000 mulheres que deram à luz prematuramente, Pickett & Selvin (2000) afirmam que, perante a heterogeneidade etiológica do parto pré-termo, há que reconhecer liminarmente que este não é resultado de um desencadeante único mas sim produto de um aglomerado de condições. Defendem que, em termos etiológicos, faz todo o sentido subdividir o parto prematuro em termos de parto prematuro espontâneo e parto prematuro com indicação médica.

Numa análise aprofundada sobre epidemiologia do parto prematuro, De Muylder (1990) afirma que, apesar de terem sido identificados factores

médicos, obstétricos, sócio-económicos e ambientais implicados no nascimento ante-termo, estes apenas justificam 50% dos nascimentos prematuros. Algumas décadas atrás pretendeu-se quantificar matematicamente um Quociente de Risco do Parto Prematuro (QRPP), por forma a equacionar a importância de factores como a idade materna, o nível sócio-económico, antecedentes ginecológicos e obstétricos e a gravidez vigiada (Papernik, 1974). De Muylder (1990) refere que têm emergido na literatura vários factores do foro psicológico que poderão estar implicados na psicogénese do parto prematuro. Todavia, trata-se de uma lista deveras longa para ser, por ora, manejável do ponto de vista da identificação de um quociente ou de uma ratio estatística.

Contrapondo, Teichman & Breull (1989, cit Justo, 1997), com recurso a uma metodologia prospectiva, afirmam ter conseguido isolar um conjunto de 19 itens do foro psico-social que permitem a previsão estatística em 90% dos casos de parto prematuro. Os referidos itens prendem-se com: a) existência, ou não, de estratégias de coping; b) motivação para ter um filho; c) existência de stress profissional e d) situação familiar. Salientam que não existe um único tipo de factores psicológicos responsáveis pelo parto prematuro e que a lógica deverá assentar numa matriz de causalidade multi-factorial.

No *Preterm Prediction Study* (1992-1994), um estudo com forte cariz epidemiológico conduzido por uma conceituada equipa de investigadores (Goldenberg et al, 1996, 1998, 2001a, 2001b), é afirmação unânime que metade dos nascimentos pré-termo ocorrem em mulheres sem qualquer factor de risco. Contudo, no intuito de circunscrever estes factores de risco e com recurso a uma amostra de 2929 mulheres, 28 potenciais marcadores biológicos foram apontados (entre os quais se destacaram a fibronectina fetal e a incompatibilidade cérvica), verificando-se uma notória justaposição entre os marcadores identificados, o que levou a Goldenberg et al (2001b) a admitir a hipótese da construção de um “Teste de Marcadores Múltiplos” (“*Multiple Marker Test*”) para a avaliação do risco de parto prematuro. Shapiro, Kung e Barrett (2000) são igualmente defensores do contributo da incompatibilidade cérvica para o desencadear do parto ante-termo. Relativamente à fibronectina,

Harlow & Spencer (1999, In Rennie & Robertson, 1999) afirmam que posteriores avaliações da fibronectina fetal como um dos marcadores de prematuridade têm vindo a revelar resultados pouco consistentes.

Numa crítica pertinente aos estudos epidemiológicos sobre a prematuridade, vários autores denunciam que os mesmos encerram limitações metodológicas, vendo consequentemente a validade das suas conclusões cerceadas [Seabra (1993); Omer, Friedlander & Palti (1986); De Muylder (1990); De Muylder, Wessel, Dramaix et al, 1992]]. O facto da maioria das investigações serem de natureza retrospectiva, ou seja, conduzidas no pós-parto, pode levar a uma distorção no relato das mães acerca dos processos ocorridos durante a gravidez. Nestas circunstâncias, admite-se que, ao tentar fazer sentido do seu parto prematuro, podem ter-se “induzido” a elas próprias a encontrar, retrospectivamente, uma ou mais explicações para a ocorrência. De acordo De Muylder, “a futura investigação deve contemplar estudos prospectivos de amostras amplas que visam medir os factores psicológicos através de métodos objectivos (por exemplo, testes, questionários), recorrendo igualmente a medidas das variáveis médicas, socioeconómicas e ocupacionais a fim de se conseguir determinar o papel de cada um destes factores no desencadear do parto prematuro” (De Muylder, 1990, p. 77).

Outra crítica frequentemente dirigida aos estudos epidemiológicos sobre a prematuridade assenta no facto de raramente terem em consideração os diferentes conjuntos de variáveis (Misra, O'Campo & Strabino, 2000; Omer, Friedlander & Palti, 1986a, 1986b), abordando, de forma quase exclusiva, consoante a sua orientação, a natureza das variáveis eleitas (isto é, variáveis médicas ou orgânicas, variáveis psicológicas, variáveis sociológicas, etc.). Misra, O'Campo & Strobino (2000) defendem que a investigação sobre a etiopatogenia da prematuridade deve ser enquadrada num modelo holístico e representativo dos diferentes eixos etiológicos (como por exemplo, os factores biomédicos e psico-sociais). Em sintonia com o anteriormente referido, Omer, Nishri & Neri (1987) postulam que epidemiologia sobre a prematuridade deve ser enquadrada naquilo que designa por Modelo Psico-fisiológico da

Prematuridade em que as duas vertentes são objecto de análise integrada. A título de exemplo da análise pretendida os autores apresentam a seguinte caracterização: as mulheres que têm filhos prematuros são habitualmente mais autónomas e revelam uma hiper-reactividade psicológica. Estas características são manifestadas nas suas pontuações mais elevadas em escalas psicopatológicas e nos seus *thresholds* mais baixos de reactividade muscular à estimulação eléctrica, maior sensibilidade à oxitocina e boa capacidade de resposta a intervenções para a redução da ansiedade. Segundo este modelo, e em antítese ao delineado para as que têm filhos pré-termo, as mulheres que têm filhos pós-termo revelam uma hipo-reactividade autonómica e psicológica e são em tudo contrárias à descrição das primeiras.

Para além das questões implícitas à metodologia conjunta de análise advogada pelo modelo supra, o exemplo apresentado por Omer e sua equipa indicia questões pertinentes para a compreensão da relação mãe prematura-filho pré-termo que conhecerá seguidamente o devido desenvolvimento.

2.6 Relação Mãe Prematura–Bebé Pré-Termo: Que Futuro?

Se o confronto de uma mãe (de uns pais) com um ser humano em miniatura envolto numa redoma de vidro e (inter)ligado a um conjunto de tecnologia biomédica é uma realidade vivida com uma forte carga ansiogénica como se deu conta no sub-capítulo 2.2.2, que será de esperar de uma relação mãe-filho pré-termo em que já foi superado o momento inicial de risco de vida? Não são muitos os relatos ou abordagens que se centram nestas etapas da relação. À proliferação de estudos sobre a relação e dinâmica mãe(pai)-bebé nos primeiros tempos de vida (nomeadamente até à primeira infância), segue-se uma quase aridez literária e de investigação, após esta etapa do desenvolvimento.

Goldson (1996) declara que a sobrevivência destas crianças é uma realidade traumatizante para a mãe e para os pais, na medida em que, uma altura de

aprendizagem e de desfruto do recém-nascido, que deveria ser relaxada, é subvertida numa vivência dolorosa. Como resultado destas vivências precoces, mesmo quando já estão em casa com o bebê, os pais mantêm o comportamento hipervigilante e ansioso que os caracterizava na unidade de cuidados intensivos. Esta hipervigilância e super-proteção vão ser mantidas por muito tempo imprimindo um estilo relacional com a criança prematura que é norteadada por estas atitudes parentais. Estas atitudes são de tal maneira poderosas que, mesmo perante a percepção de que põem em causa o espaço e o tempo de relação do casal, dificilmente são abandonadas.

Outros autores têm alertado que vir com um filho prematuro para casa e, posteriormente, nutrir e criar essa mesma criança é “Mais trabalho e menos divertido” (Goldberg & DiVitto, 1995, p. 219). Se a realidade de criar um filho prematuro já não constituía tarefa fácil, mais veio a ser empolada com a literatura dos anos noventa em que o material científico produzido faz um alerta claro - o desenvolvimento da criança nascida prematuramente, assim como o risco perinatal, estão dependentes do ambiente familiar (Kalmár, 1996). Num dos primeiros estudos longitudinais com crianças prematuras (avaliações aos 8, 12 e 18 anos), conclui-se que 28% da variabilidade do QI medido aos 18 anos é explicável através do ambiente sócio-familiar, donde ressalta o contributo da dinâmica familiar para o desenvolvimento destas crianças (Cohen, 1995). Na mesma linha, Campos (2000) especifica que o ambiente familiar tem um impacto considerável e tende a ser mais proeminente com a idade, exercendo a sua influência nas áreas cognitiva e sócio-afectiva. Ora se tal seria expectável, na medida em que o mesmo se aplica a uma criança nascida de termo (quanto mais estimulante o ambiente familiar, melhor o seu desenvolvimento psico-motor) este tipo de estudos teve um impacto considerável sobre os pais dos prematuros. Ao colocar o ónus de uma trajectória de desenvolvimento bem sucedida no ambiente familiar e nas relações parentais, o material empírico produzido vem acentuar ainda mais aquilo que, face às condições acima descritas, já se previa ser uma parentalidade de grande exigência. Em resumo, os estudos assinalam a

necessidade de uma parentalidade gigantesca, toda ela dedicada a um diminuto ser humano.

Outras consequências nefastas para a relação mãe-filho advêm, segundo Pearl & Donahue (1995a, 1995b), das crenças e expectativas maternas. Se há muito que a literatura revela que, face ao nascimento de um filho prematuro, as expectativas, atitudes e crenças maternas sofrem, nos primeiros tempos de vida, uma alteração drástica (estereótipo da prematuridade), os autores assinalados admitem que estas alterações se prolonguem, pelo menos até aos quatro anos de idade da criança, mesmo nas situações em que não se verificou qualquer atraso de desenvolvimento psicomotor.

Contrariando o negativismo subjacente às abordagens anteriormente enunciadas, Youngblut (1994) pronuncia-se favoravelmente no que concerne ao regresso da figura materna à actividade profissional. Através de estudos comparativos, conduzidos com vista à avaliação do desenvolvimento de crianças prematuras na primeira infância, alicerçados no retorno (ou não) da mãe à vida profissional, verificou que não existiam diferenças significativas no que diz respeito à satisfação e auto-estima materna entre o grupo de mães que tinham retomado a sua profissão e grupo que permaneceu em casa com o filho.

Por último, acresce referir que, se porventura abundam os estudos destinados a avaliar as competências, atitudes, percepções, crenças, enfim, a relação mãe-filho prematuro nos primeiros tempos de vida, o mesmo não é verdadeiro no que respeita à evolução relacional desta unidade diádica. Na verdade, e porque os investigadores das mais diversas proveniências têm-se centrado essencialmente na primeira infância, incidindo com particular ênfase, no período de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, escasseiam investigações longitudinais sobre a prematuridade e o desenvolvimento da relação noutras etapas do ciclo de vida da criança (e da mãe).

2.7 Considerações Finais

Da explanação proferida resulta claro que são numerosos e variados os factores maternos implicados na etiologia do parto pré-termo. Independentemente da existência de diversas iniciativas com vista à elaboração de uma lista de marcadores etiológicos, um conjunto de factores etiopatogénicos ou uma ratio de prematuridade, estas carecem de investigação continuada de modo a dotar os itens inventariados de aceitação universal por parte das comunidades científica e clínica. Em jeito de resumo, e estabelecendo um interface com o capítulo seguinte (cfr. ponto 5.4.1 do Questionário de Caracterização da Amostra), os factores atrás descritos (alguns dos quais integrarão este instrumento) podem ser sintetizados com base no Quadro 2.1 que se apresenta:

Quadro 2.1: Resumo de Alguns Factores Etiopatogénicos da Prematuridade, de Cariz Biológico ou Social (constantes da literatura).

| AUTOR(ES) E DATA(S) DE PUBLICAÇÃO | FACTORES IDENTIFICADOS |
|---|---|
| Cloherly (1985, cit. Paul, 1992) | pobreza, raça negra, má nutrição, idade materna inferior a 16 anos ou superior a 35,5 anos, maior actividade materna, tabagismo, doença aguda ou crónica da mãe, gestação múltipla, polihidramnios, partos prematuros anteriores, gravidezes muito seguidas, incompatibilidade cerval, malformações uterinas, trauma uterino, perda de sangue vaginal devido a placenta prévia ou abrupta, ruptura prematura de membranas, condições fetais e, ainda, avaliação incorrecta da idade de gestação |
| Boer, Smit, & van Huis (1994) | efeitos dos hábitos tabágicos para o parto prematuro |
| Kreisler & Soulé (1995); Rosenblatt (1997) | técnicas de reprodução assistida |
| Kreisler & Soulé (1985) | tentativa de interrupção voluntária da gravidez |
| O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett (1995) | factores que podem prevenir o parto prematuro: 1) participação antecipada e seguimento de programas pré-natais; 2) renúncia à utilização de substâncias aditivas, como o tabaco, o álcool e droga e 3) manutenção de uma dieta saudável. |
| Mammelle (1986) | categorias profissionais; carga horária e a quantidade de fontes de cansaço profissional |
| Goldberg & DiVitto (1995) | mães jovens, oriundas de famílias de recursos limitados, tendo tido fracos cuidados pré-natais e sujeitas ao stress resultante da pobreza |
| Newton & Hunt (1984, cit. Seabra, 1993) | acontecimentos de vida importantes no último trimestre da gravidez |
| Adler & Heyes (1990) | acontecimentos de vida traumáticos durante a gravidez |
| Rosenblatt (1997) | incidência de stress materno por volta das 30 semanas de gestação |

Pelo exposto, afigura-se claro que, atenta a sua complexidade e pluralidade, a prematuridade revela-se como um terreno desejável para a investigação médica, psicológica, social e educacional. Esta constatação confirma a natureza transdisciplinar do fenómeno do nascimento pré-termo. A complexidade dos processos que advêm destes nascimentos para os próprios, para os pais, para as famílias e para a sociedade, justifica, por si só, a manutenção de esforços perseverantes no sentido da prevenção dos processos desencadeantes da prematuridade.

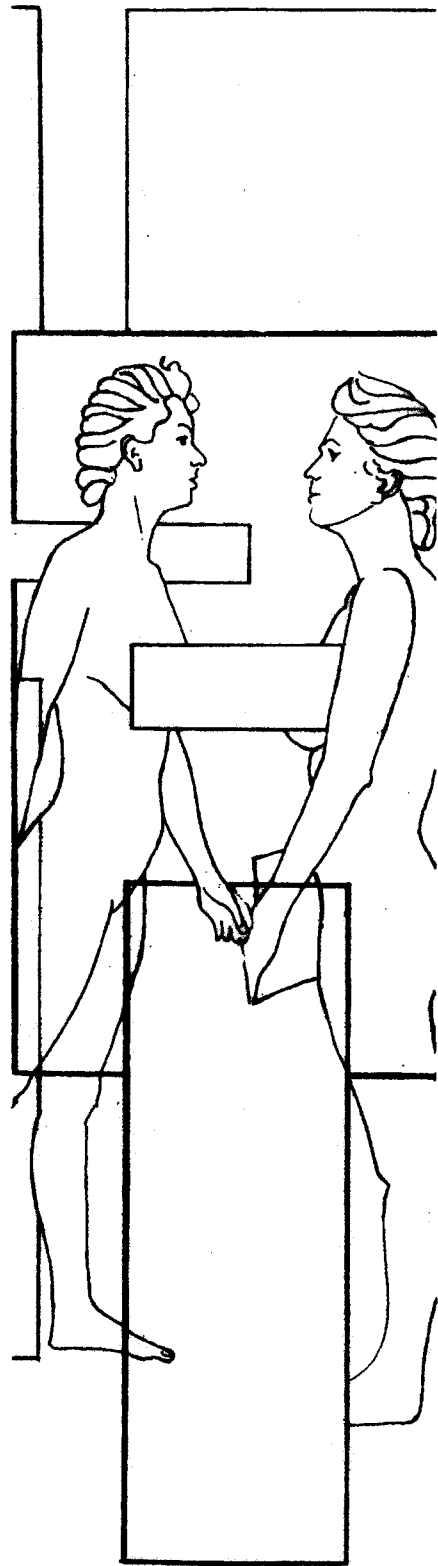
Resumidamente, e de acordo com Goldberg & DiVitto (1995), pode afirmar-se que as diferentes abordagens centradas nas consequências da prematuridade, não diferem, de um modo geral, entre si. De facto, em todas se assume que o prematuro e as circunstâncias em redor do seu nascimento confrontam os pais com desafios únicos. Nelas se acorda que a relação mãe-prematuro apresenta, inicialmente, uma maior vulnerabilidade e dificuldades, divergindo, apenas, sobre os factores que estão na génese dessas dificuldades. Por exemplo, enquanto que algumas teorias mais centradas na vinculação apelam aos efeitos que emanam da separação inicial, as teorias de interacção social valorizam as limitações dos recém-nascidos *per se*. Por outro lado, as teorias ditas de cariz mais relacional, enfatizam a capacidade dos pais para estabelecerem uma relação sincronizada e harmoniosa com o filho.

Cabe salientar que a teorização em torno da "psicologia da prematuridade" não se tem desenvolvido alheada dos desenvolvimentos epistemológicos da Psicologia em geral. A emergência do paradigma integracionista imprimiu, também nesta área científica, a valorização dos aspectos dinâmicos do desenvolvimento. Tal paradigma postula que nenhum aspecto singular exercitará a sua influência sobre determinado período de desenvolvimento sem que, conseqüentemente, seja também influenciado por essa mesma etapa do desenvolvimento. Neste contexto, as teorizações atrás enunciadas enfatizam diferentes aspectos de um

processo contínuo. Na verdade, se é certo considerar que as teorizações da psicologia da prematuridade têm ido beber à fonte dos quadros conceptuais da psicologia, é igualmente correcto inferir que a psicologia científica, nomeadamente a psicologia da relação, tem ido beber à fonte da prematuridade. Desta forma, o fenómeno do parto prematuro tem sido reconhecido como uma experiência natural no estudo das relações mãe-criança e pais-criança, facultando condições reais que, se se tratassem de condições experimentalmente manipuladas, jamais seriam admissíveis do ponto de vista ético e deontológico (Botelho & Leal, 2001).

Procurou-se ao longo deste capítulo, dar a conhecer a evolução histórica da prematuridade: analisaram-se os conceitos, as teorias, a expressão epidemiológica, os factores etiológicos, os processos de vinculação, enfim, todo um conjunto de dados bibliográficos que permitiram caracterizar a realidade deste acontecimento de vida. Encerra-se a actual exposição lançando algumas pistas que indicam o caminho a traçar na investigação em prematuridade. O futuro da investigação sobre a prematuridade, o futuro da prematuridade, deverá contemplar algumas destas temáticas: 1) o desenvolvimento e implementação de uma definição de prematuridade universalmente aceite, sob pena de se perpetuar a dificuldade de generalização ou comparação de dados entre amostras; 2) o mapeamento das variáveis biológicas, psicológicas e sociológicas envolvidas na génese do parto prematuro de acordo com uma matriz holística; 3) programas psico-profiláticos destinados às grávidas, mães e pais que facultem informação objectiva sobre a criança prematura e a desmistificação do estereótipo da prematuridade; 4) investigações destinadas à compreensão das dinâmicas relacionais (prematuro-mãe; prematuro-pai e prematuro-pais) após a primeira infância e, por último, 5) avaliações de adolescentes e adultos nascidos prematuramente, no intuito de identificar se permanecem características reveladoras do seu nascimento ante-termo.

Enquadradas as vivências da mulher, na gravidez, parto e maternidade (Capítulo I), a realidade singular da díade mãe prematura - criança pré-termo (actual capítulo), há que desbravar a estrutura personológica que imprime a estas vivências uma marca indelével de idiosincrasia (Capítulo III).



CAPÍTULO III

SOBRE A PERSONALIDADE

3.1 Introdução

"Uma taxinomia é sempre um assunto contencioso pois o mundo não nos chega em pacotinhos bem arrumados" (Gould, 1981, cit. John 1990, p. 66). Se, à partida, uma taxinomia da personalidade não se revelava como tarefa fácil, mais complexa se tornou com o ecletismo de abordagens, constructos e medidas que surgiram no seio da Psicologia da Personalidade.

Partindo rumo a uma organização da informação histórica produzida em torno do conceito "personalidade", verifica-se a existência de uma "linguagem comum" utilizada por "personologistas". Diante desta 'linguagem comum' e na óptica da "abordagem lexical", é lícito afirmar que se está perante o grande repositório de sabedoria sobre a personalidade em que os mais importantes atributos estão codificados. Na realidade, recorrendo a uma simples organização deste repositório, obtêm-se vários 'traços' dicotómicos que reflectem, claramente, a complexa 'personalidade' desta área do saber (Botelho & Leal, 2001):

- Sobre as escolas fundadoras: Clínica/Organísmica *versus* Psicométrica/Diferenças Individuais;
- Sobre as Abordagens utilizadas: Ideográfica *versus* Nomotética;
- Sobre o objecto de estudo: Interno/Pessoa *versus* Externo/Situação;
- Sobre a origem da personalidade: Herdado *versus* Adquirido;
- Sobre as teorias pioneiras: Centralistas *versus* Periferalistas;
- Sobre a estrutura da personalidade: Persistência *versus* Mudança;
- Sobre a importância do tempo: Passado (abordagem psicodinâmica) *versus* Futuro (abordagem cognitivista);
- Sobre as unidades de medida: Traço (*having*) *versus* Estado (*doing*);
- Sobre a personalidade ao longo do ciclo de vida: Personalidade estável *versus* Personalidade maleável;
- Sobre as fronteiras do objecto de estudo: Capacidades (inteligência) *versus* Personalidade;
- Sobre os níveis de operacionalização: Processos da Personalidade *versus* Disposições da Personalidade;

- Sobre os processos envolvidos: Processos Conscientes (Cognitivos) *versus* Processos Inconscientes (Emotivos) - como diria Mischel (1998 p. 235) com humor, "Cool versus Hot!";
- Sobre as abordagens factoriais: Abordagem Lexical (Fenotípica) *versus* Abordagem dos Cinco Factores (Genotípica).

É longa e conturbada a história, onde se encontram patentes as dicotomias ora enunciadas. Corroborando o exposto, saliente-se que foi apenas nos finais do século passado que se assistiu ao (re)nascido do Modelo dos Cinco Factores (Five Factor Model - FFM), marcando inegável e profundamente o estudo científico da personalidade. Apresentando-se como um conjunto útil de dimensões das diferenças individuais que podem ser medidas com grande precisão e validade, veio providenciar uma resposta, de grande coerência e consistência, à questão da estrutura da personalidade. Desta forma veio a assumir-se como um inquestionável marco no campo da Personalidade.

No que diz respeito ao teor do modelo, sendo descendente da Teoria dos Traços, é lícito afirmar-se que as diversas características da personalidade podem ser adequadamente sintetizadas em cinco dimensões básicas. A saber: Extroversão, Neuroticismo, Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência (Lima, 1997). Antes de mais, urge referir que os defensores do modelo jamais o consideraram absolutamente abrangente no que concerne à estrutura da personalidade. Pelo contrário, sem nunca promulgarem ser este o modelo da estrutura da personalidade, defendem que se trata de uma matriz de grande coerência e validade empírica, que permite operacionalizar e descrever a personalidade de forma consistente. Nas palavras de Costa & McCrae (1997, p. 87): "Não imaginamos que o Modelo dos Cinco Factores seja a última palavra sobre a estrutura da personalidade mas acreditamos convictamente que permanecerá a base da avaliação da personalidade por muitos anos".

Antes de se tecerem quaisquer outras considerações a propósito do corpus teórico do Modelo e da Teoria dos Cinco Factores, importa conhecer em detalhe a trajetória histórica que esteve subjacente ao seu desenvolvimento.

3.2 “Persona”: Percursos e Desenvolvimentos Históricos

A palavra personalidade tem étimo latino que deriva de “Persona”. Embora *persona* signifique máscara de actor, é sobejamente reconhecido que, ao longo dos tempos, tem vindo a adquirir diversos sentidos. De acordo com Lima (1999, p. 386), nos escritos de Cícero, surgem pelo menos quatro sentidos, todos eles relacionados com o teatro: a) “a personalidade como um conjunto de características pessoais do *actor*, representando o que a pessoa realmente é; b) a personalidade, vista pela forma como a pessoa aparece aos outros e não como realmente é, equivalendo, neste sentido, à *máscara*; c) o papel que a pessoa representa na vida, tal como um *personagem* num drama e d) a personalidade, encarada como um conjunto de qualidades indicativas da distinção e dignidade que fazem do actor uma ‘*estrela*’”.

Por norma, as definições de personalidade excluem as diferenças físicas e, a grande maioria, as diferenças intelectuais – embora reconhecendo que ambas exercem uma influência sobre a personalidade e o comportamento dos indivíduos (op cit.). Todavia, a definição de personalidade em nada saiu simplificada com este estreitar de fronteiras. Na verdade, a elaboração de uma definição universalmente aceite tem-se revestido de dificuldades várias. Apesar de décadas de contributos teóricos e empíricos decisivos para o estudo desta área do saber, a definição da personalidade constitui-se como tarefa assaz complexa. Desde as suas origens históricas, a definição deste constructo tem acarretado dificuldades sobejamente conhecidas dos personologistas, conduzindo a comentários como: “O que a personalidade é, todos sabem, mas ninguém consegue dizer” (Burnham, cit. Allport & Vernon, 1930).

Allport, pioneiro no campo da psicologia da personalidade, apontava, em 1937, para a existência de cerca de cinquenta significados diferentes para o termo personalidade. Segundo o mesmo, a opção residiria em considerar a personalidade como uma organização dinâmica dos sistemas bio-sociais (incluindo traços, hábitos, motivos e valores cujas diferenças individuais são

resultantes de factores hereditários e da aprendizagem e experiência social) que determinam a adaptação única do indivíduo ao mundo (Lima, 1999).

Como se torna óbvio pelas referências enunciadas, a diversidade e a pluralidade de constructos que se inscrevem na definição deste termo remontam às suas origens históricas. Com efeito, em 1958, decorridos vinte anos sobre a denúncia de Allport quanto aos cinquenta significados de personalidade, este mesmo autor dava conta que muitos teóricos da personalidade tinham as suas "unidades de estimação" ("*Pet units*", Allport, 1958, cit. John, 1990), em torno das quais centravam e architectavam as respectivas teorias, tornando inevitável este ecletismo de sentidos e significados.

Todavia, se por um lado se admite que a perspectiva de Allport se reveste de grande acuidade a respeito do ecletismo em torno da definição de personalidade, por outro, há que reconhecer que esta definição incide sobre uma área dotada de grande complexidade. O corpus teórico produzido nas últimas décadas faz prova do acima referido. Tanto assim é que autores como Cervone (1991) se questionavam se a Psicologia da Personalidade se trataria de uma só área científica ou, porventura, de duas áreas distintas. Esta posição, não sendo única, tem por base a diversidade de teorizações e metodologias com que o autor se deparou quando procedeu à revisão da notável edição de Pervin (1990), "*Handbook of Personality: Theory and Research*". Na realidade, pela postura de isenção e abrangência, a citada obra de referência da Psicologia da Personalidade deixa bem patente a diversidade das Teorias da Personalidade.

Em concordância com Cervone, Lima (1997) afirma que: "As definições sobre a personalidade são tantas e tão diversas que levantam a questão de saber se se trata, efectivamente, do mesmo constructo ou de outros muito diferentes, designados com o mesmo nome. Este facto levou a que, ao longo da elaboração deste trabalho ("*NEO-PI-R - Contextos teóricos e psicométricos, 'OCEAN ou Iceberg'*") nos sentíssemos, por vezes, tentados a propor a

eliminação do termo 'personalidade' do léxico da ciência psicológica" (p. 14; parêntesis acrescentados).

Na mesma linha de raciocínio, Magnusson & Torestad (1993, cit. Ribeiro, 1999) afirmam que, na verdade, não existe definição de personalidade. Consubstanciam a sua polémica afirmação defendendo que o que existe é um organismo vivo, activo, intencional, funcionando e desenvolvendo-se como um ser total e integrado. Consequentemente, os autores consideram que a investigação em personalidade seria definida como o estudo sobre a forma como os indivíduos pensam, sentem, actuam, reagem, tendo presente que se trata de um organismo total e integral. De acordo com estes autores, os aspectos referidos pelas demais definições da personalidade são parcelares e secundários.

Uma possível explicação para o estado da arte na definição desta variável psicológica é avançada por Palanzuela & Barros (1993, p. 9), que anotam que, ao longo do percurso histórico, a Psicologia da Personalidade tem tido três grandes preocupações, entre as quais não consta a definição do seu objecto de estudo. A primeira prende-se com a dificuldade em definir os elementos ou unidades de análise da Personalidade. Uma segunda preocupação centra-se no desenvolvimento da pessoa como um todo ("whole person") e a última reporta-se à aceitação de uma posição interaccionista no estudo da personalidade. Em face do exposto e em estreita concordância com a primeira preocupação registada por Palanzuela & Barros, não será pois de estranhar que no seio desta questão se encontre uma verdadeira panóplia de constructos. O seguinte quadro é claramente ilustrativo desta tendência:

Quadro 3.1: Unidades/Constructos Básicos da Personalidade (Adaptado de Lima, 1997)

| AUTORES | UNIDADE/CONSTRUCTO |
|--------------------|---|
| Allport | Traço |
| Murphy | Canalização |
| Murray | Necessidade |
| Sheldon | Endo, Meso e Ectomorfismo. Viscero, Somato e Cerebrotonia |
| Cattell | Traços de profundidade, ergs, engrams |
| Miller e Dollard | Frustração-Regressão |
| Bandura e Walters | Modelação, Auto-controlo |
| Rogers | Self, Auto-realização |
| Lewin | Vector, valência, espaço vital |
| Kelly | Constructos pessoais |
| Atkinson | Motivo, expectativa e incentivo |
| Festinger | Dissonância cognitiva |
| Maslow | Auto-actualização |
| Freud | Ego, Id e Superego |
| Adler | Complexo de inferioridade |
| Horney | Ansiedade básica |
| Sullivan | Tensão |
| Erikson | Identidade |
| Klein | Estilo cognitivo |
| Magnusson & Endler | Cognição |
| Palys e Little | Projectos pessoais |
| Cantor e Kihlstrom | Tarefas de Vida |
| Mischel | Unidades cognitivo-afectivas |

Da listagem supra, resulta clara a heterogeneidade de constructos que terá estado na origem da indagação de Cervone (referida no início do presente capítulo) relativamente à hipotética existência de duas disciplinas no seio da Psicologia da Personalidade. Em sintonia com este autor, Palanzuela & Barros (op cit.) comentam que estas duas áreas científicas não só apresentam diferentes configurações de análise, como também têm desenvolvido diferentes abordagens empíricas, metodologias e teorias. Enquanto as abordagens baseadas nos traços se debruçam sobre a natureza estável da personalidade (isto é, têm procurado o 'número mágico' de traços que descreva a estrutura da personalidade e justifique a sua consistência), por seu turno, a abordagem cognitiva tem-se interessado particularmente pelo funcionamento da personalidade, ou seja, a(s) forma(s) como o sujeito interpreta e dá sentido aos acontecimentos de vida e como planeia e regula o seu comportamento.

Perante tal diversidade, poucos foram os autores que se aventuraram a formular uma definição dotada de aceitação universal que circunscrevesse o conceito de personalidade. De resto, Pervin (1991) é claro e inequívoco ao afirmar que, historicamente, a definição da personalidade apenas tem merecido uma importância relativa. Numa análise retrospectiva, constata-se que, do conteúdo e vastidão de obras publicadas nos anos 90, são mais frequentes as preocupações transdisciplinares com os contributos que as novas áreas da psicologia facultam à compreensão da personalidade (e.g. estudos genéticos, Buss, 1990, 1992; Plomin & Nesselroade, 1990; Riemann, Angleitner & Strelau, 1997 e, estudos bioquímicos da personalidade, Zuckermann, 1995) do que as propostas concretas para uma definição universal do seu objecto de estudo.

Numa defesa legítima da dificuldade de que se reveste a definição da personalidade, os estudiosos destas matérias assinalam que a maioria dos conceitos e princípios da psicologia debruçam-se sobre um aspecto singular do sujeito psicológico enquanto que o estudo da personalidade implica, não só o estudo do indivíduo como um todo, mas também aquilo que o torna único e o distingue dos seus congéneres. De facto, Kimmel (1984, cit. Lima, 1999) faz prova desta perspectiva que, ao procurar pôr ordem na panóplia de constructos, salienta as comunicações entre as teorias da personalidade. Afirma que, apesar da existência de dezenas de definições de personalidade, a franca maioria engloba três aspectos fundamentais: a) a unicidade do indivíduo – ou seja aquilo que o torna único em relação aos demais; b) um conjunto de características estáveis e duradouras ao longo do ciclo de vida e seus contextos; e c) um estilo característico de ligação/interacção entre o sujeito e o ambiente físico e social.

McAdams (1990) também tem encetado vários esforços no sentido de contribuir para a uniformização desta área do saber. Assim, qualquer descrição da personalidade deverá contemplar três níveis de análise. Num primeiro nível, denominado por Traços Disposicionais, estariam englobadas as dimensões genéricas e descontextualizadas da personalidade (traços) que comprovam a sua natureza disposicional. Ao elaborar esta teoria, McAdams adverte que uma

análise da personalidade baseada somente neste primeiro nível, apenas permitirá uma leitura psicológica que poderia ser designada por Psicologia do Estranho ("psychology of the stranger"), facto que o leva a propor um segundo nível, denominado "Preocupações Pessoais". Como acréscimo ao conteúdo do primeiro, neste nível estariam englobados todos os constructos motivacionais, desenvolvimentistas ou estratégicos da personalidade que se encontram contextualizados no tempo, na situação ou no papel social. Por último, no terceiro e derradeiro nível denominado Histórias de Vida, encontrar-se-iam constructos apenas relativos à personalidade adulta daqueles que estão inseridos em sociedades modernas que enfatizam o desenvolvimento e a individuação do self.

Wiggins (1996, p. vii) alega que a definição da personalidade deve ser revestida de um carácter simples e abrangente. Norteado por esta lógica, apresenta a seguinte proposta: "a personalidade é a psicologia geral das diferenças individuais". De uma forma igualmente pautada pela simplicidade, McAdams (1995, p. 368) comenta: "Na esfera profissional da Psicologia da Personalidade, fazer sentido daquilo que as pessoas são, é a verdadeira *raison d'être* desta disciplina". Autores de uma grande notoriedade, Costa & McCrae (1994, cit. Lima, 1997) postularam que a personalidade se apresenta como um sistema definido por traços e processos dinâmicos, através dos quais o funcionamento psicológico do indivíduo é influenciado.

Fazendo eco das palavras de Pervin (1990, p.12): "Nos meus esforços para elaborar uma definição para textos de personalidade, tenho enfrentado a questão optando por focar, não só as diferenças individuais, como a organização das partes que a compõem. Todavia, creio que o segundo destes aspectos tratar-se-á daquilo que é verdadeiramente particular a respeito deste campo e que o seu reconhecimento levará a um maior ênfase na investigação sobre os aspectos sistémicos do funcionamento da personalidade". Neste sentido, mas também sem avançar frontalmente com uma definição da personalidade, Mischel (1998) - que tem despoletado verdadeiras ondas de mudança em momentos em que a 'personalidade' desta área científica

ameaçava rigidificar, como se verificou nos finais da década de sessenta, defende uma teoria para a personalidade, na qual faz operar um movimento de reconciliação entre as disposições da personalidade e os processos dinâmicos. Baltes & Schaie (1973, cit. Lima, 1999), têm proclamado que a abordagem mais completa ao estudo da personalidade seria a da psicologia do desenvolvimento que, embora reconhecendo a unicidade individual, faz a apologia da continuidade, aceitando de igual modo a mudança e a importância da interação entre sujeito e ambiente.

Para uma compreensão mais precisa desta dimensão tão mundana que é a personalidade, e antes de a enquadrar numa Teoria Contemporânea da Personalidade, há primeiro que introduzir a Teoria dos Traços e fazer uma breve história do(s) tempo(s) da sua evolução e desenvolvimento.

3.2.1 Da Antiguidade à Teoria dos Traços

Os antecedentes do conceito traço remontam à Grécia Antiga e aos tempos de Aristóteles e Galeno. Perante a imensidão do carácter humano, data de Aristóteles a primeira iniciativa de mapeamento destes traços. Não obstante, a sua tentativa psico-cartográfica não conheceu sucesso significativo, como outras tantas que a sucederam. Na verdade, como referem Saucier & Goldberg (In, Wiggins, 1996), na ausência de procedimentos de amostragem e de métodos de estruturação da amostra, ter-se-ia que aguardar até ao Século XX e à emergência da Hipótese Lexical e da Análise Factorial para que, finalmente, a iniciativa de Aristóteles ganhasse credibilidade empírica.

Na tipologia de Galeno, consoante a predominância de um dos quatro tipos de humor (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis preta), assim se revelava o temperamento do homem: sanguíneo, fleumático, colérico ou melancólico. Apesar de há muito ter sido abandonada, certo é que, nos últimos tempos, tem-se assistido a um “retorno a Galeno”. Neste retorno é curioso verificar que os humores foram substituídos pelos neurotransmissores e hormonas, por

exemplo, como se constata nos recentes estudos de Zuckerman (1995) "*Good and Bad Humors: Biochemical Bases of Personality and it's Disorders*", em que comenta humoristicamente: "Os Gregos acertaram na ideia mas enganaram-se nos humores" (p. 325).

Em pleno Século XX, Kretschmer (1888-1964), médico e psiquiatra alemão, desenvolve um estudo-teoria sobre a constituição física e o temperamento, cujo corolário tomou a forma de uma teoria tripartida sobre tipos morfológicos e temperamento. Posteriormente, Sheldon (1898-1977), professor da Universidade de Harvard, com base no trabalho de Kretschmer e numa escala de sete pontos, apresenta três tipos de temperamento. No quadro seguinte procura-se resumir topicamente estas duas tipologias:

Quadro 3.2: Tipologias Morfológicas de Kretschmer e Sheldon

| KRETSCHMER | | SHELDON | |
|-------------|--------------------|-------------|--------------|
| MORFOLÓGICO | TEMPERAMENTO | MORFOLÓGICO | TEMPERAMENTO |
| Pícnico | Ciclotímicos | Endomórfico | Viscerotonia |
| Asténico | Esquizotímicos | Mesomórfico | Somatotonia |
| Atlético | Temperamento Misto | Ectomórfico | Cerebrotonia |

Antes de se apresentar uma teoria dos traços mais contemporânea, cabe fazer uma breve referência aos contributos históricos das Tipologias Psicológicas. Spranger, antecessor de Allport, defendia a existência de tipos ideais (ou puros), aos quais corresponderia um de seis valores dominantes: teórico, económico, ascético, social, político e religioso. À semelhança do avanço de Sheldon sobre Krestchmer, também a classificação de Spranger foi convertida em escala por Allport, Lindzey e Vernon. Tendo servido para avaliar o sujeito em cada um dos valores dominantes, contribuiu para o aparecimento das primeiras medidas empíricas (Ruch, 1984).

Os Psicólogos da Personalidade são unânimes em datar aos anos 30 o nascimento da Psicologia da Personalidade enquanto nova área de estudo da

Psicologia. Para tal contribuiu, de forma decisiva, Murray (1938) com a designação de "Personologia" como uma nova ciência - a Ciência da Pessoa - bem como Allport (1937), com a publicação do seu livro, introduzindo o estudo da personalidade na América. Contudo, os marcos teórico-conceptuais estabelecidos nas duas décadas seguintes valorizaram, redobradamente, os contributos destes autores para a Psicologia da Personalidade. Assim, nas décadas de quarenta e cinquenta assistiu-se ao nascimento de duas unidades de análise, descendentes directas das obras de Allport e Murray: os Traços e os Motivos.

Ribeiro (1999) defende que, desde os primórdios da Psicologia, o traço tem sido uma unidade de análise do comportamento privilegiada, na medida em que, apesar da variabilidade reconhecida na relação traço-comportamento, a franca maioria dos teóricos do traço assumem uma estreita ligação entre estas duas variáveis. Com efeito, são frequentes referências na literatura no sentido do estabelecimento de diferenças no tipo de traço. Uma distinção a propósito dos tipos de traços prende-se com o que tem vindo a ser designado como "traços de superfície" e "traços de origem" ou, então, "traço 1" e "traço 2", ou, ainda, "traços fenotípicos" e "traços genotípicos"³. McCrae & Costa (1995), advogando a natureza genotípica do traço, afirmam que, sendo estas tendências básicas, poderão explicar os padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e acções, isto é, o comportamento. No entanto, alertam para a persistência de alguma confusão entre psicólogos da personalidade no que diz respeito ao significado da palavra traço.

Murphy & Davidshoffer (1998, cit. Ribeiro, p. 95) procuram contribuir para o esclarecimento desta questão enunciando "três modos diferentes de pensar os traços: a) os traços provocam os comportamentos, b) os traços só existem na cabeça do investigador e c) os traços são sumários descritivos. No primeiro caso, os traços explicam o comportamento. O comportamento honesto da pessoa decorreria de o indivíduo ter um traço de honestidade. Na segunda

³ Segundo Saucier e Goldberg (In Wiggins, 1999, p. 24): "O conceito de genótipo remete para propriedades subjacentes ou causais, enquanto que o conceito de fenótipo remete para características observáveis ou superficiais".

perspectiva, o traço seria uma organização cognitiva do investigador que, ao pretender organizar o comportamento dos outros numa totalidade coerente, construiria traços. Na terceira perspectiva, o comportamento do indivíduo não seria provocado pelos traços, antes os traços seriam descrições do comportamento. Assim, quando uma pessoa fosse descrita como honesta, o nome do traço, descreveria um conjunto de comportamentos que se relacionavam com a honestidade”.

Cabe aqui salientar, pelo seu contributo para a operacionalização empírica da Teoria dos Traços que, na mesma altura em que Allport defendia para o traço um carácter idiográfico e intra-individual, no outro lado do Atlântico (Inglaterra), Pearson e Spearman avançavam com métodos estatísticos para a avaliação das capacidades humanas. O aparecimento da estatística, nomeadamente a Análise Factorial, viria a desempenhar um papel fulcral nos valiosos contributos prestados por Eysenck, Thurstone, Cattell e Guilford. O próprio Eysenck (1985, p.12) regista que “o conceito de traço está intimamente relacionado com o de correlação”.

Na década de sessenta, e após um período inaugural de grande florescimento, a jovem disciplina (Psicologia da Personalidade) sofre a sua primeira crise, desencadeada em parte pela publicação do livro de Mischel em 1968. Esta obra fez emergir um debate aceso entre os defensores da teoria dos traços e os situacionistas (obreiros da apologia dos factores situacionais como fundamentais para a determinação do comportamento humano). Na sequência desta publicação, a Teoria dos Traços foi submetida a duras críticas por se considerar que os traços mais não eram do que medidas de comportamentos socialmente desejáveis (McAdams, 1992). O reparo de Jones & Nisbett (1971, p. 11, cit. Pervin, 1978), comungando dos postulados de Mischel, é ilustrativo deste descrédito, afirmando: “Os traços existem mais no olho do observador do que na *psyche* do actor”.

Ribeiro (1999, p. 95) comenta que: “a ideia de que os traços são algo inerente ao indivíduo, uma estrutura tal como um esqueleto, e que todo o

comportamento estaria dependente desse esqueleto, era apelativa se se tivesse conseguido identificar ou avaliar essa estrutura". Numa óptica mais optimista, este autor afirma ainda que o Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R) constitui uma taxinomia que tem sido aceite para descrever o que os inventários da personalidade deverão medir.

Em plena década de setenta realizaram-se as conhecidas "Conferências de Paz". O ano de 1973 merece particular destaque, não só pelo elevado número de conferências realizadas, como também pelo surgimento da perspectiva interaccionista no campo da personalidade, decorrente da publicação de Mischel. Por sua vez, em 1976, Magnusson & Endler fizeram eco da perspectiva do autor ao propor "a cognição" como a nova variável da pessoa que, em oposição aos traços ou motivos, enfatiza a natureza motivacional e intencional do comportamento humano.

Nos anos oitenta, assistiu-se a um aceso debate entre os defensores dos traços/disposições e os situacionalistas, como se depreende da interrogação de Pervin (1978, pp. 4-27): "Serei eu próprio, ou, serei eu a situação?". Nessa época de questionamentos e críticas, os traços foram considerados como tendo muito pouca capacidade para prever o comportamento do sujeito. A avalanche de críticas chegou a tal ponto que, nesta década, Jackson & Paunonen (cit. McAdams, 1992, p. 330) comentaram que os teóricos dos traços eram vistos como "Bruxas de há 300 anos...sabemos da sua existência e das suas qualidades sinistras mas é difícil encontrar uma de carne e osso ou mesmo alguém que tenha avistado alguma".

Porém, o cepticismo não assumiu, na época, uma posição dominante. Nos finais dos anos setenta assistiu-se ao gradual avolumar de investigações em torno do conceito traço, levando por exemplo Epstein (1977, cit. Pervin, 1978, p.16) a contrapor: "Os traços estão vivos e de boa saúde". Na verdade, somente na última década do Século XX é que se inicia um verdadeiro retorno aos traços. São da autoria de McAdams (1994, p. 372) as seguintes palavras: "A Teoria dos Traços voltou em força na década de noventa, encontrando-se

actualmente em plena vitalidade". Este retorno não se processou de forma gratuita, antes ficou a dever-se às volumosas investigações produzidas. Krahé (1992), na publicação de um capítulo intitulado "*Em defesa dos traços: Perspectivas novas e revistas*", faz a seguinte afirmação: "Após a sua história conturbada (a Teoria dos Traços) apresenta-se em muito boa forma no princípio dos anos noventa" (p. 41; parêntesis acrescentados). Aponta ainda algumas linhas de investigação que, partindo do pressuposto da utilidade dos traços enquanto unidades base da Psicologia da Personalidade, contribuíram para firmar os alicerces teóricos deste conceito. De entre estes esforços é possível distinguir três abordagens distintas:

- A identificação das dimensões básicas dos traços que facultem uma descrição e interpretação compreensiva das diferenças individuais;
- A validação do conceito traço através da exploração das bases genéticas dos traços de personalidade;
- Os traços na qualidade de constructos interactivos moldados não só pelo comportamento do sujeito mas, também, pelas actividades interpretativas do observador.

Na acepção da primeira abordagem, qualquer revisão de literatura com um enfoque no conceito traço evidenciará que uma das principais preocupações se centrou na procura duma taxinomia das categorias básicas dos traços. De acordo com vários autores (McAdams, 1992; McCrae & John, 1992), uma das razões para a revitalização da teoria dos traços foi a emergência e desenvolvimento do Modelo dos Cinco Factores.

No que concerne às bases genéticas da personalidade, refira-se a obra de Zuckerman (1995), que se tem dedicado ao estudo das origens bioquímicas e genéticas dos traços. Sublinha o elevado grau de hereditariedade (entre os 30 e os 60%) de alguns traços de personalidade de gémeos, identificados através de questionários da personalidade. Zuckerman não é o único autor a seguir esta tendência empírica, sendo lícito afirmar-se que a mesma se afigura como uma das tendências contemporâneas da investigação sobre os traços. Plumin

& Nesselroade (1992), citando dados de Loehlin, Willerman & Horn (1988), registam, igualmente, que 40 a 50% da variabilidade dos traços da personalidade têm por base uma origem genética. De acordo com McAdams (1995, p. 370), em 1989, Buss proclamava que "a personalidade são os traços e só os traços". Mais recentemente, Buss, firme defensor dos traços, tem-se evidenciado como impulsionador do contributo das teorias biológicas e evolutivas para o estudo da personalidade.

A terceira abordagem, enunciada por Krahé, releva a importância do traço enquanto veículo de uma mensagem social e cultural. A ênfase não pode ser exclusivamente colocada no sujeito que está a ser objecto de uma avaliação, mas também, no observador e na linguagem utilizada por ambos, a qual estabelece o código que os une.

Não é demais sublinhar que o conceito de traço tem acompanhado o desenvolvimento da Psicologia da Personalidade desde os seus primórdios até aos dias de hoje. Curiosamente, este conceito tem vindo a demonstrar as próprias características que actualmente lhe estão conferidas, no plano científico e teórico (estabilidade, continuidade, maleabilidade, entre outras). Dito de outro modo, constata-se que o conceito de traço, apesar de se ter mantido notavelmente constante ao longo de três décadas de grandes confrontações conceptuais tem, todavia, apresentado alguma maleabilidade ao adaptar-se às recentes directrizes teóricas. Costa & McCrae, que se incluem no conjunto dos autores que mais têm contribuído para o desenvolvimento deste conceito, apresentam a seguinte definição de traço: "Dimensões das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e acções" (McCrae & Costa, 1992, p.23).

Quarenta anos depois do aparecimento da definição de traço da autoria de Allport (quatro décadas que foram palco das mais diversas abordagens e confrontações no seio da psicologia da personalidade), apraz registar que a definição de Allport se mantém razoavelmente actualizada. Não obstante, ao longo deste percurso, a Teoria dos Traços não tem estado isenta de críticas

que tomam, essencialmente, duas formas: a) críticas empíricas (McCrae & Costa, 1995) empunhadas por autores como Harsthorne & May (1928) e Mischel (1968), que defendem que os dados empíricos existentes não apoiam a utilidade de um constructo como o traço e b) críticas filosóficas que sugerem que o constructo de traço se revela como incapaz de facultar explicações de índole lógica e científica e que, no seu melhor, poderá apenas proporcionar descrições sumárias de comportamento. Em clara oposição, McCrae & Costa (1995) defendem que os traços da personalidade facultam explicações do comportamento humano e que são não somente legítimos do ponto de vista conceptual mas igualmente úteis do ponto de vista empírico.

Reflectindo sobre os vinte anos de investigação em torno do conceito traço, e outros tantos anos de críticas, McAdams (1995) apresenta cinco razões pelas quais este conceito superou as provações situacionistas e emergiu como um modo legítimo de descrição da personalidade.

1. Os traços são mais do que meras conveniências linguísticas - as atribuições que decorrem dos traços (baseados em observações cuidadosas) reflectem diferenças reais no comportamento e na personalidade dos sujeitos que estão a ser avaliados.
2. Muitos traços revelam uma notável consistência longitudinal - os estudos longitudinais dos anos 80 demonstraram que as diferenças individuais em muitos traços (e.g. Extroversão e Neuroticismo) mantêm-se estáveis ao longo de períodos de tempo consideráveis.
3. A agregação indica que os traços são bons preditores do comportamento do sujeito, ou seja, verifica-se a existência de uma forte correlação entre as diferenças individuais e o comportamento teoricamente relacionado.
4. O(s) efeito(s) das situação(ões) não apresentam maior preponderância que os efeitos dos traços. McAdams baseia-se nas investigações de Funder & Ozer (1983) que comprovam que a situação é somente responsável por 15% da variabilidade do comportamento.
5. O aparecimento do Modelo dos Cinco Factores - para o autor em

questão, o desenvolvimento deste modelo foi o marco mais importante dos anos 80 para a Psicologia dos Traços.

Na verdade, apesar das variadas críticas a que a Teoria dos Traços foi duramente submetida ao longo dos tempos, certo é que, tal como nos refere Ribeiro (1999, p. 94) “muitas teorias da personalidade assumem que os traços são características persistentes do indivíduo, que sustentam ou espelham a personalidade e que estão por detrás do pensamento, dos sentimentos, do comportamento, da forma de agir, nas actividades do dia-a-dia, sendo de presumir que, ao identificar os traços e, assim, a personalidade do indivíduo, seria possível prever o seu modo de actuar agora e no futuro”.

Em suma, o conceito de traço encontra-se intimamente ligado à busca de uma taxinomia da personalidade e, especificamente, à emergência do Modelo dos Cinco Factores, como seguidamente se dará conta. Se na primeira parte do actual capítulo se pretendeu demonstrar a complexidade da personalidade enquanto objecto de estudo, ilustrada pela diversidade e pluralismo científico da Psicologia da Personalidade, na discussão que se segue procurar-se-á reflectir os esforços quase hercúlios levados a cabo no sentido de transformar a “Torre de Babel de conceitos e medidas” (John, 1990, p.66) numa taxinomia que permitisse aos investigadores estudar dimensões específicas da personalidade.

3.2.2 A Abordagem Lexical

Ao permitir a representação dos diversos sistemas de descrição da personalidade numa única estrutura, por oposição à avaliação desgarrada dos milhares de atributos particulares que tornam os seres humanos únicos, uma taxinomia da personalidade desempenharia uma função integrativa de extrema importância. Consequentemente, ao facultar uma nomenclatura, facilitava a classificação das descobertas empíricas e o diálogo entre investigadores.

Porém, o desenho de tal nomenclatura não se revelou tarefa fácil, como se poderá constatar com recurso a uma breve retrospectiva histórica.

As iniciativas com vista à sua descoberta remontam ao final da década de 20 e princípio da década de 30. De acordo com Goldberg (1990, cit. Lima, 1997), Francis Galton terá sido dos primeiros cientistas a reconhecer a importância da hipótese lexical, defendendo que as diferenças individuais mais importantes se encontrariam inscritas na própria linguagem. Guiado por este raciocínio, em 1884 Galton encontrou no dicionário cerca de mil palavras relacionadas com o constructo personalidade. McDougall, em 1932, na primeira edição da revista "*Character and Personality*" (posteriormente designada como "*Journal of Personality*"), admitia a possibilidade da personalidade ser descrita através de cinco grandes factores: Intelecto, Carácter, Temperamento, Disposição e Génio (Digman, 1990). Na sequência do pensamento visionário deste estudioso, dois psicólogos alemães, Klages e Baumgarten, em busca de termos associados à descrição da personalidade, direccionaram a sua atenção para a linguagem comum, originando a Hipótese Lexical. O pressuposto em que se funda a referida hipótese estabelece que os mais importantes atributos humanos fenotípicos estariam encriptados na própria linguagem. Com efeito, segundo os autores, as diferenças individuais mais significativas são registadas e codificadas no grande repositório de sabedoria sobre a personalidade que é a linguagem. Em concordância com a referida lógica, quanto mais evidente for determinada diferença, maior será a vontade de a comentar, logo de inventar uma palavra para a exprimir (Goldberg, 1982; cit. Block, 1995). Citando Widiger & Trull (1997, p. 229): "Os traços da personalidade que os povos tenham considerado como preponderantes para a sua descrição e a descrição dos outros, serão aqueles para os quais terão desenvolvido, ao longo da história das suas línguas, um maior número de termos para caracterizar as manifestações, expressões e *nuances* inerentes a esses traços da personalidade".

É igualmente curioso observar-se que Thurstone (pioneiro do desenvolvimento da análise factorial e da psicometria) afirmou ser possível reduzir

adequadamente uma lista de sessenta adjectivos utilizados para descrever pessoas em cinco factores comuns e independentes. Perante a descoberta, Thurstone, imbuído de optimismo, terá proclamado que a descrição da personalidade poderia não ser tão desesperadamente complexa como inicialmente se supusera. A respeito destes primeiros contributos não é demais salientar que, muito embora o Modelo dos Cinco Factores tenha sido proposto por um famoso teórico da personalidade (McDougall) e um eminente psicometrista (Thurstone), foram necessários mais de cinquenta anos para este ser aceite de uma forma séria e generalizada (Digman, 1994).

Retomando o percurso histórico da Hipótese Lexical, Allport & Odbert (1936) deixaram rastros importantes no que diz respeito ao desenvolvimento do modelo. Importa sucintamente referir que, partindo de um conhecido dicionário da língua inglesa, os autores retiraram 18000 termos traço. Perante a riqueza deste vocabulário e sua dimensão, McCrae & John (1992, p. 184) comentam numa edição do *Journal of Personality*, dedicado exclusivamente ao Modelo dos Cinco Factores⁴, que ficou comprovada a importância social dos traços da personalidade.

Allport e Odbert foram seguidos por Cattell que, de acordo com Lima (1997, p. 85), “foi dos cientistas mais influentes a aplicar procedimentos empíricos à tarefa de construção de uma taxinomia da personalidade”. Como nos referem Sacier & Goldberg (op cit.), Cattell advogava que, sendo certo que o tema mais importante do discurso humano é inequivocamente o comportamento, todos os aspectos da personalidade humana estariam registados na linguagem natural. Partindo deste pressuposto e baseando-se nos 18000 traços dos autores supra-citados, Cattell retirou 4500 traços, considerados estáveis, através dos quais construiu 171 escalas, a maioria das quais bi-polares. O resultado culminou num complexo sistema de factores, sendo 16 de primeira ordem e 8 de segunda ordem. À data da sua publicação, este modelo foi objecto de severas críticas:

⁴ The Five Factor Model: Issues and Applications, *Journal of Personality*, 60(2), 1992.

No entanto, apesar da vaga de críticas, Fiske (1949, cit. John, 1990), recorrendo a 21 escalas de Cattell, tentou meticulosamente replicar os resultados obtidos. Contudo, a sua iniciativa sairia gorada, pois apenas conseguiu uma solução de cinco factores. Esta descoberta, ainda que publicada num influente periódico, passou quase despercebida até 1961, quando Tupes e Christal, recorrendo novamente a 30 escalas bi-polares de Cattell, verificaram a existência de cinco factores. Todavia, e contrariamente à natureza da publicação de Fiske, Tupes e Christal publicaram os seus resultados numa revista fora do alcance da maioria dos psicólogos da personalidade, razão pela qual foi relegada para o anonimato durante tantos anos. Segundo refere Digman (1990), Norman terá constituído excepção, na medida em que tomou conhecimento do artigo de Tupes e Christal, conseguindo posteriormente replicar a estrutura dos cinco factores. No decorrer desta constatação, avançou com a hipótese de que as dimensões traço constituiriam, provavelmente, "um passo no sentido de uma taxinomia adequada dos atributos da personalidade" (p. 419), corrigindo, mais tarde, esta afirmação para "...uma taxinomia *exaustiva* de atributos da personalidade" (Saucier & Goldberg, In Wiggins, 1999).

Smith e Wiggins juntaram-se, em duas iniciativas distintas, ao número de investigadores independentes que comprovaram que a estrutura da personalidade poderia ser adequadamente descrita através de cinco factores. Não obstante, nos anos seguintes, mesmo diante deste cenário empírico tão favorável, persistiria alguma relutância em aceitar que os cinco factores consistiam uma taxinomia da personalidade (Digman, 1990). Passadas mais de duas décadas, este último autor diz ser possível explicar o fenómeno de aparente descrédito de que a hipótese lexical foi vítima, recorrendo a uma análise do contexto académico à data do seu aparecimento. Tal como anteriormente referido a propósito da teoria dos traços, subsistiu nos anos 60 uma tendência evidente, quer no tecido social quer no científico, onde prevaleceu o situacionalismo. Só anos mais tarde veio a ser abandonada esta tendência, com a revelação empírica de que o contexto seria somente responsável por 15% da variabilidade total. Assim, o consenso obtido em

plenos anos sessenta relativamente aos cinco factores foi objecto de desmérito, na década de setenta, em prol da Teoria Implícita da Personalidade. Desta forma, os Factores da Personalidade foram sujeitos a uma espécie de exílio (anteriormente assinalado com o célebre comentário a respeito das "bruxas").

Contrariando a exclusão a que tinha sido votada a abordagem factorial, Goldberg, no início dos anos oitenta, parte para uma meticulosa reanálise lexical. Como resultado emergem novamente cinco factores, confirmando-se a robustez do modelo e levando este investigador ao baptismo da expressão: "*Big Five*" (Goldberg, 1981, cit. John, 1990, p. 71). Este momento prefigurou um verdadeiro (re)começo pois, na consequente proliferação de estudos, outros autores descobriram estruturas de cinco factores. De acordo com Lima (1997), começaram a surgir investigações que procuraram relacionar os adjectivos/factores de Goldberg ("Adjective Check-List") com o Inventário de personalidade NEO de três factores de McCrae & Costa (1983), o que levou ao desenvolvimento do NEO-PI, já baseado em cinco factores e, posteriormente, ao desenvolvimento do NEO-PI-R (1985; 1989) com cinco factores e trinta facetas.

3.2.3 O Contributo dos Questionários

Não menosprezando o contributo da abordagem lexical para o aparecimento e desenvolvimento do Modelo dos Cinco Factores, os psicólogos da personalidade são peremptórios em afirmar que os questionários tiveram um papel determinante na história da psicologia da personalidade. Em rigor, a grande maioria das avaliações da personalidade têm sido operacionalizadas através de questionários constituídos por escalas, concebidos para aplicações específicas inerentes à prática clínica ou como produtos da teoria da personalidade. Decorre do que ficou estabelecido (na primeira parte do presente capítulo) que a multiplicidade de constructos contribuiu para o consequente florescimento de um largo espectro de instrumentos de avaliação

da personalidade. No entanto, apesar da panóplia de constructos e medidas, imbuídos de diferentes teorias, McCrae & John (1992, p. 185) afirmam que se constata "existir uma redundância considerável naquilo que medem". Observa-se que um número significativo destas escalas mede emoções negativas crónicas, de grande relevância para psicólogos e psiquiatras, enquanto que outras são direccionadas para a actividade interpessoal, fonte de preocupação para os psicólogos sociais.

A respeito do contributo dos questionários, há que enaltecer o papel de uma figura primordial no seio da psicologia da personalidade: H. J. Eysenck. Este iminente psicólogo identificou as dimensões de Neuroticismo (N) e Extroversão (E) como duas das componentes essenciais da estrutura da personalidade. O facto das medidas de Eysenck terem sido corroboradas durante vários anos por diferentes investigadores e instrumentos, foi razão bastante para que os estudiosos destas matérias se convencessem de que os dois factores corresponderiam inequivocamente a duas dimensões centrais da personalidade. Convicto desta crença, Wiggins (1968, cit. Digman, 1990, p. 425) designa Neuroticismo e Extroversão como os "*Big Two*". Porém, após mais alguns anos, foi dado a perceber à mesma comunidade científica que estes dois factores de grande dimensão, não esgotariam a amplitude das características da personalidade. Em 1974, os investigadores Tellegan e Atkinson propuseram a existência de uma terceira dimensão da personalidade, composta por traços associados entre si mas que nada teriam a ver com as duas dimensões anteriormente definidas. Nomearam esta dimensão como Abertura a Experiências Absorventes e de Mudança Pessoal (tradução adoptada de Lima, 1997; na versão original, "Openness to Absorbing and Self-Altering Experience"). Nesse mesmo sentido, caminhavam Costa e McCrae, quando, em 1976, propõem uma dimensão semelhante e designada de Abertura à Experiência ("Openness to Experience" – tradução de Lima & Simões, 1995).

Qualquer dos autores acima identificados tinha em comum a admiração pela estratégia Eysenckiana, baseada na procura de temas abrangentes, através

dos quais se tornaria possível organizar grupos de traços. Ao implementarem a metodologia de Eysenck, procuraram explicar o máximo da variância, a partir dos factores estabelecidos, identificando pontos comuns naquilo que se mantinha por explicar. De passo em passo e de traço em traço, deu-se continuidade às iniciativas da antiguidade de Aristóteles e Galeno e, finalmente, revelou-se possível edificar o mapeamento contemporâneo dos traços da personalidade.

De acordo com a tese defendida por McCrae & John (1992), é precisamente neste momento que as tradições dos questionários e hipótese lexical confluíram, tendo como resultado o Modelo dos Cinco Factores. No entanto, há que realçar aquela que se considera ser a mais importante contribuição dos estudos com questionários para o desenvolvimento do modelo: a dotação de um enquadramento teórico. Esta observação resulta do facto de se considerar que a abordagem lexical carece de um suporte teórico devidamente credenciado.

Em 1980, na opinião de McCrae e Costa, o modelo carecia de uma dimensão de Auto-Controlo. Em escassos dois anos, esta sugestão viria a ser implementada por Tellegen. Actualmente são formas reconhecidas de Conscienciosidade ("Conscientiousness"). O factor remanescente, a Amabilidade ("Agreeableness"), terá sido descoberto nas análises do Circumplexo Interpessoal de Leary, que combina as dimensões de Extroversão e Amabilidade do MBTI – *"Myers-Briggs Type Indicator"*.

A confluência das duas correntes (abordagem lexical e contributo dos questionários) resultou numa proliferação de estudos, utilizando questionários e adjectivos traços, assim como questionários de auto-avaliação e de classificação por outros observadores, comprovando-se, sistematicamente, um dos aspectos inalienáveis do modelo: a sua compreensividade.

3.3 Um Modelo Compreensivo da Estrutura Factorial da Personalidade

Em concordância com as palavras de Lima (1997), o Modelo dos Cinco Factores (FFM) emerge ou reaparece num momento de convergência histórica da abordagem lexical e dos questionários e em que a área da psicologia da personalidade, após um longo e laborioso caminho, já tinha exaustivamente debatido as suas críticas. É possível ilustrar este comentário com recurso a um quadro-síntese sobre a construção do FFM:

Quadro 3.3: O Longo Caminho do FFM

| ANO | VESTIGADOR | FACTORES DESCOBERTOS |
|--|---------------------|--|
| 1904 | Spearman | 1º factor a ser descoberto: Factor g de inteligência |
| 1915 | Webb | 2º Factor a ser descoberto: Factor w (will) "vontade" |
| 1919 | Garnet | Deary (1996) com base numa re-avaliação dos dados de Webb, obteve estrutura de 5 factores |
| Até 1919, em de diferenças ind | | 3º Factor a ser descoberto: Factor c (cleverness) "esperteza" |
| 1930 | Thurstone | Existência de 3 factores que dão conta |
| 1933 | Cattell | Análise Multi-factorial |
| Se se acresce individuais m conhecido ho | | Factores w, c, e m (maturidade) e um 4º factor (indivíduo ajustado) |
| | | Para se obter-se às diferenças do Big Five, tal como é |
| 1934 | Thurstone | Descoberta de 5 factores (mas em termos de conteúdo proposta de Cattell estava mais perto de modelo contemporâneo) |
| 1936 | Guilford & Guilford | 5 factores: S, E, M, R, T. |
| Década de '40 | Cattell | Programa de investigação sistemática baseado no compêndio de termos traço de Allport & Odbert (1936) |
| 1947 | Thurstone | Identificou 9 factores (se submetidos a uma análise factorial contemporânea, surgiriam 5) |
| 1949 | Fiske | 5 factores: "Social Adaptability"; "Conformity"; "Emotional Control"; "Inquiring Intellect"; "Confident Self Expression" |
| 1961/1962 | Tupes & Christal | 5 factores publicados nos periódicos da força aérea dos EUA |
| 1963 | Norman | Defende 5 factores como "uma taxinomia adequada dos atributos da personalidade" |

| ANO | | FACTORES DESCOBERTOS |
|------|--|--|
| | Borgotta | 5 factores: "Assertiveness"; "Likeability"; "Responsability"; "Emotionality"; "Intelligence" |
| | Smith | 5 factores: "Extraversion"; "Agreeableness"; "Emotionality"; "Strength of Character"; "Refinement" |
| 1980 | Western Psychological Association Convention (Honolulu) | Goldberg, Takemoto-Chock, Comrey & Wiggins |
| 1985 | Research Seminar (Baltimore) | Goldberg, Costa & McCrae |
| 1985 | NEO-PI (primeiro inventário da personalidade baseado nos <i>big five</i>) | Costa & McCrae |
| 1992 | Costa & McCrae | Factores são dimensões de variabilidade contínua |
| 1996 | Buss | Perspectiva evolutiva dos factores |
| | Costa & McCrae | Os factores considerados universais |
| | Digman | Estrutura hierárquica; meta-traços |
| 1999 | Soldz & Vaillant | Factores estáveis ao longo do ciclo de vida |

Assim se assistiu à longa caminhada do FFM, a qual compreendeu, até ao seu estado actual, várias décadas de numerosas iniciativas. Fica patente que em cerca de sessenta anos, o modelo conheceu aproximadamente 3 fases de desenvolvimento, abarcando cada uma aproximadamente vinte anos. A década de 40 corresponde à "emergência ignorada"; a década de 60 corresponde, manifestamente, à "década de descrédito e cepticismo"; só vinte anos mais tarde, nos anos oitenta, é que se pode dizer que se encontrava em plena época de "renascimento do modelo". Porventura, actualmente, passados novamente outros vinte anos, em pleno século vinte e um, admite-se estar na década de "amadurecimento teórico e conceptual".

Não é pois de admirar que, perante esta "cacofonia de vozes" (Digman, In Wiggins, 1996), Cronbach, em plena década de setenta, ao tentar enquadrar a diversidade de estudos e factores no âmbito da(s) abordagem(ns) factorial(ais) da personalidade, tenha comentado, em aparente desespero de causa, que esta área se encontrava a léguas de uma ciência verdadeira assemelhando-se mais a um jogo!

A segunda metade da década de oitenta revelou-se um período farto em desenvolvimentos metodológicos e empíricos. Merece realce o aparecimento de um instrumento desenhado estritamente com base no FFM, tendo obviamente como objectivo a avaliação das cinco grandes dimensões da personalidade. Fala-se, naturalmente, do NEO-PI-R, (Costa & McCrae, 1987; McCrae & Costa, 1989), instrumento que preconiza a abordagem empírica da presente investigação e que, como tal, será objecto de uma descrição pormenorizada no capítulo seguinte.

“Para além da comprovação empírica do modelo, há algo de muito atraente nos factores: Fazem muito sentido” (McCrae & John, 1992, pp. 188-189). Esta constatação deve-se, em parte, ao facto de os factores explicitarem a Teoria Implícita da Personalidade, a qual se encontra codificada na linguagem que todos usamos e, por outro lado, corresponde à nossa experiência na relação com o outro. Seja qual for a razão, permanece por desvendar porque é que foi necessário percorrer um caminho tão longo para descobrir algo que em retrospectiva parece tão óbvio. Para além das razões atrás inventariadas, são também apontadas as seguintes justificações: uma ênfase excessiva nos fenómenos clínicos (com uma sobrevalorização da dimensão de Neuroticismo por oposição às outras dimensões); as dificuldades técnicas da análise factorial nos primórdios da era digital; uma preocupação pouco produtiva com os conjuntos de resposta e uma disciplina (Psicologia da Personalidade) que promoveu a inovação e a proliferação de escalas em detrimento da replicação e consolidação das suas descobertas.

Pese embora os obstáculos, após quase quatro décadas de esforços assinaláveis tinha sido encontrado um modelo que reunia o consenso da maioria dos “personologistas”. Contudo, ainda que comprovado e replicado, subsistem algumas questões que carecem de unanimidade, como é o caso da identificação dos factores e da sua nomenclatura. Estes pequenos desacertos decorrem dos dois sistemas que estiveram na origem do FFM: a abordagem lexical e os questionários. Veja-se então: A) Widiger & Trull (1997) advogam que os cinco domínios são - 1) Neuroticismo versus Estabilidade Emocional (ou

Afectividade Negativa); 2) Extroversão versus Introversão (ou Afectividade Positiva); 3) Conscienciosidade (ou Contenção); 4) Amabilidade versus Antagonismo e 5) Abertura à Experiência versus Fecho à Experiência (ou Intelecto, falta de convencionalismo); B) Na opinião de McAdams (1992) os cinco factores são designados como - I. *Surgency* (Extroversão); II. Amabilidade (Calor) III. Conscienciosidade (Vontade); IV. Estabilidade Emocional (Neuroticismo) e V. Cultura (Intelecto; Abertura à Experiência).

Em forma de resumo, McCrae & John (1992, p. 175) definem o modelo como: “uma organização hierárquica dos traços da personalidade em termos de cinco dimensões básicas: Extroversão (E), Amabilidade (A), Conscienciosidade (C), Neuroticismo (N) e Abertura à Experiência (O)”. Tendo como base o instrumento (NEO-PI-R) desenvolvido por Costa e McCrae e parafraseando Lima & Simões (1995, pp. 135 ss.), o conteúdo dos cinco domínios pode ser inventariado da seguinte forma:

Neuroticismo (N)

Neste factor estão implicadas a adaptação versus a instabilidade emocional. O Neuroticismo encontra-se de forma mais acentuada em indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, hipocondríacos, com propensão para a descompensação, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivos e respostas de *coping* desadequadas. O aspecto central do presente domínio prende-se com a tendência para experienciar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa. Consequentemente, os sujeitos que obtenham baixas pontuações de N são emocionalmente estáveis, calmos, relaxados, seguros, satisfeitos consigo próprios, de humor constante, revelando-se capazes de fazer face a situações de stress sem ficarem transtornados.

Extroversão (E)

Os sujeitos extrovertidos são sociáveis e, para além de apreciarem o convívio com os outros, com os grupos e com as multidões são, também, afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, activos e conversadores. Neste

enquadramento, a excitação e estimulação são motivo de satisfação. Verifica-se, nos indivíduos extrovertidos, uma disposição alegre, animada e um posicionamento optimista e enérgico. A extroversão avalia a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, as necessidades de estimulação e a capacidade para exprimir a alegria. Assim sendo, os sujeitos com baixa pontuação de E, manifestarão um comportamento mais reservado, sóbrio, de ritmo mais calmo, pouco exuberante, distante, tímido, silencioso e mais orientado para a tarefa.

Abertura à Experiência (O)

A Abertura à Experiência procura avaliar a apreciação da vivência pela experiência em si, a procura proactiva, a tolerância e a exploração do não-familiar. A imaginação activa, a sensibilidade estética, a curiosidade intelectual e o juízo independente, são componentes deste domínio. Diz-se dos indivíduos abertos à experiência que são curiosos em relação ao seu mundo interior e exterior e que o seu repertório de experiências de vida é muito rico. Imbuídos desta estrutura, encontrar-se-ão disponíveis para aceitar novas ideias e valores não convencionais e para experimentarem um amplo leque de emoções positivas e negativas. Por oposição, sujeitos com baixa pontuação em O, terão tendência para um funcionamento mais convencional, mais terra-a-terra, conservador, optando pelo familiar em detrimento da novidade. Em consequência deste funcionamento, manifestam uma gama de interesses mais limitada, têm uma menor veia artística e são menos analíticos.

Amabilidade (A)

A amabilidade avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções. À semelhança do que fora dito relativamente à Extroversão, também esta é uma dimensão que diz respeito às tendências interpessoais. Assim, é expectável que um sujeito com um elevado índice de amabilidade seja altruísta, prestável, confiável, crente, recto, de confiança e simpático para com o outro. Manifesta uma vontade inequívoca de ajudar o próximo e acredita que este, por

sua vez, seja igualmente simpático. De forma contrária, a pessoa antagonista ou desagradável é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação aos interesses dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

Conscienciosidade (C)

Subjacente à dimensão de conscienciosidade observa-se o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para a prossecução de um objectivo. Nos extremos da escala encontram-se, num lado, pessoas escrupulosas e de confiança e, no extremo oposto, pessoas preguiçosas e descuidadas. O sujeito consciencioso tem força de vontade, é determinado, escrupuloso, pontual, organizado, trabalhador, auto-disciplinado, arranjado, ambicioso, perseverante e de confiança. Com isto, não se pretende afirmar que uma baixa pontuação em C implique uma falta de princípios morais - são apenas menos escrupulosos na sua aplicação e menos obstinados no alcance das suas metas. São também mais preguiçosos, despreocupados, negligentes e com parca força de vontade, existindo alguma evidência de que serão mais hedonistas.

Tal como refere a maioria dos teóricos dos traços (e tal como evidenciado na descrição das dimensões), é possível estabelecer-se uma relação entre o traço de personalidade, independentemente da forma como foi avaliado, e o comportamento (Digman, 1990). Porém, passar de um traço (ou factor) para o comportamento específico, exige um exercício que requer quatro níveis de abstracção. Recorrendo à Análise Factorial de 14 estudos que comprovam a estrutura do FFM, Digman identificou dois "factores de ordem superior" ou "meta-traços". O primeiro destes meta-traços, denominado α , revela uma correlação com os factores de Amabilidade, Conscienciosidade e Neuroticismo e o segundo, denominado β , correlaciona-se com os factores de Extroversão e Abertura (Intelecto). Os meta-traços facultam a ligação que escasseava entre o que entende ser um modelo desprovido de suporte teórico e as contemporâneas teorias da personalidade (Digman, 1997, p. 1253).

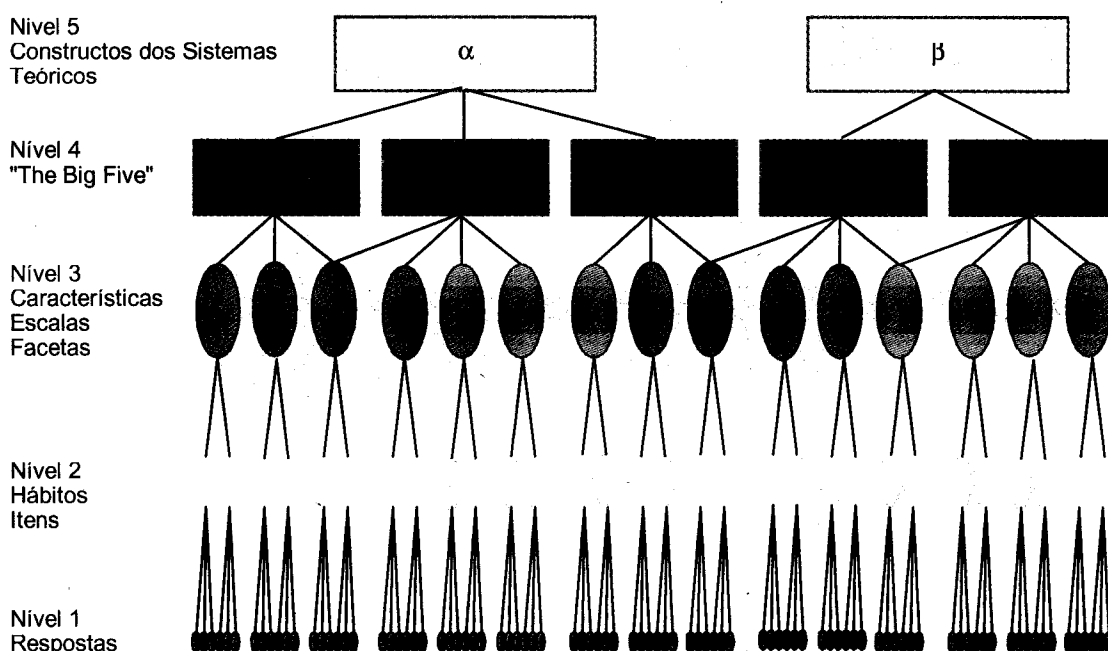


Figura 3.1: A Hierarquia dos Termos da Personalidade - Das Respostas Comportamentais aos Meta-Traços (Digman, 1997)

Uma investigação em que participaram 618 pares de gémeos monozigóticos e 380 dizigóticos, levou os autores responsáveis a concluir que os resultados apoiam claramente os modelos hierárquicos da personalidade que admitem a existência de um vasto número de traços e de um menor número de factores (Lang, McCrae, Angleiter et al, 1998).

Na opinião de McAdams (1992), as reavaliações dos estudos clássicos de hetero-avaliações, da autoria de Digman et al (1981), as investigações de Goldberg (1981) relativamente à abordagem lexical, o desenvolvimento de inventários da personalidade concebidos para a avaliação dos cinco factores (por exemplo, o NEO-PI-R), a descoberta destes mesmos cinco factores noutras medidas da personalidade, tais como a "Adjective Check List" (John, 1989) e a demonstração empírica de uma significativa consistência longitudinal dos traços da personalidade dentro do FFM (Costa, McCrae et al, 1989), convergiram, em anos recentes, facultando uma estrutura teórica dotada de uma generabilidade surpreendente e uma boa resposta à questão da estrutura da personalidade.

Consequentemente, não é de estranhar que constem dos escritos da maioria dos “personologistas”, incluindo alguns críticos do modelo, afirmações da seguinte índole: “O Modelo dos Cinco Factores da Personalidade tem ganho um apoio considerável por parte de diversos investigadores, utilizando diferentes instrumentos, recursos de dados variados e diferentes populações” (Buss, 1992, p. 478). Todavia, Buss, à data da publicação do citado artigo, advertia que, mesmo perante este cenário empírico tão favorável, subsistia a necessidade de pesquisar mais profundamente as origens causais das diferenças da personalidade que, tal como ilustrado com o FFM, se mantinham temporalmente estáveis. Neste sentido, apelava à comunidade científica, em particular aos geneticistas comportamentais, para que colaborassem no sentido de esclarecer tais questionamentos. Em resposta ao apelo de Buss, Jang, Livesley & Vernon (1996, cit. Rieman, Angleitner & Strelau, 1997) desenvolveram uma investigação que se socorreu do NEO-PI e do NEO *Five Factor Inventory* (NEO-FFI)⁵, a fim de recolher medidas directas dos cinco factores. Dos resultados obtidos, há que relatar as estimativas relativas aos efeitos genéticos sob a variância fenotípica: Abertura - 61%; Extroversão - 53%; Conscienciosidade - 44%; Neuroticismo - 41% e Amabilidade - 41%. Segundo Rieman, estes dados apontam, inequivocamente, para o fenómeno da hereditariedade patente em todas as dimensões do FFM.

Watson & Clark (1992) salientam que, pese embora o facto do modelo ter sido inicialmente derivado de hetero-avaliações, a estrutura do FFM é deveras robusta, tendo sido identificada em diversas populações e sob um número variadíssimo de condições. Por exemplo, factores muito semelhantes têm emergido nas avaliações de crianças e adultos, independentemente do grau ou tipo de relação entre o avaliador e o sujeito. Mais ainda, estudos recentes apontam para o aparecimento dos cinco factores em diferentes medidas de cariz auto-avaliativo. Afirmam ainda que estruturas paralelas têm sido identificadas noutras línguas, revelando a replicabilidade transcultural do modelo. A propósito desta replicabilidade transcultural, Lima (1997) relata que o estudo mais amplo para a avaliação da generalização do modelo, foi

⁵ O NEO-FFI constitui uma versão reduzida do NEO-PI-R que, como tal, é frequentemente utilizado para fins de investigação.

realizado por McCrae e Costa ao compararem os dados de seis estudos culturais distintos (utilizando traduções do NEO-PI-R e amostras alemã, hebraica, chinesa, coreana, japonesa e portuguesa, num total de 7090 sujeitos) com a estrutura factorial americana. Apesar da manifesta heterogeneidade cultural, apresentaram estruturas muito similares.

Sendo o NEO-PI-R um instrumento construído especificamente para a avaliação dos cinco factores, tem sido igualmente objecto de um avultado número de investigações, a fim de se determinar a compreensividade do mesmo em análises conjuntas com outros modelos da personalidade. A título ilustrativo refiram-se, topicamente, as seguintes investigações: 1) a comparação entre o modelo em análise e o Modelo Circumplexo de Wiggins⁶ (McCrae & Costa, 1989); 2) os estudos correlacionais entre as Escalas de Listas de Adjectivos e o *Big Five* (Piedmont, McCrae & Costa, 1991); 3) a comparação entre o Modelo de Eysenck (Três Factores) e o Modelo dos Cinco Factores (Costa & McCrae, 1995); e, por último, 4) o estudo comparativo entre três modelos estruturais sobre a personalidade - a versão de Costa & McCrae do *Big Five*, o Modelo de Eysenck e o Modelo dos Cinco Factores Alternativos de Zuckerman e seus colaboradores. Em suma, é correcto afirmar-se que estas investigações, à semelhança de dezenas de outras omissas da presente reflexão, corroboram empiricamente a generabilidade e compreensividade do modelo dos cinco factores (Botelho & Leal, 2001).

A respeito da compreensividade do FFM, considera-se que “a sua longa história, a sua replicação inter-cultural e validação empírica, através de diferentes métodos, avaliadores, instrumentos e grupos de sujeitos fazem dele uma descoberta básica no domínio da psicologia da personalidade” (McCrae & John, 1992, p. 207). Juntando a estas vozes as de Watson & Clark (1992), concluiu-se que o Modelo dos Cinco Factores faculta uma estrutura taxinómica básica para a investigação em personalidade.

⁶ O Modelo Circumplexo difere do FFM não somente em termos de origem, como em termos de conteúdo e estrutura. As origens teóricas deste segundo modelo remontam à psiquiatria inter-pessoal e à psicologia social, pelo que apenas se reporta às disposições relacionadas com interacções interpessoais.

Sem embargo, e apesar do empirismo se ter assumido como primeiro protagonista deste modelo, mais recentemente tem-se assistido à sua dotação teórica. A este respeito, Wiggins (1992) identifica cinco grandes perspectivas teóricas em torno do modelo: 1) a teoria dos traços, encabeçada por McCrae e Costa; 2) a perspectiva interpessoal, de Trapnell e Wiggins; 3) a perspectiva de competências sociais, promovida por Hogan; 4) a abordagem lexical, da autoria de Goldberg e, mais recentemente, 5) a perspectiva evolutiva, da qual Buss é um dos grandes impulsionadores. Sendo estas as grandes linhas teóricas do actual “*Big Five*”, diferenciam-se entre si com base nos seguintes aspectos, a saber: 1) o enfoque escolhido; 2) o enquadramento teórico; 3) o universo do conteúdo; 4) os instrumentos de avaliação e 5) as aplicações representativas. Em função do delineamento metodológico adoptado (cfr. Capítulo IV) e consequente escolha de instrumento, reportar-se-á, em exclusividade, à Teoria de Costa e McCrae.

Finda a apresentação do FFM e seu suporte teórico, e antes de se analisar a estabilidade dos factores ao longo ciclo de vida, apresenta-se um resumo da matéria contemplada:

Quadro 3.4: Características do Modelo dos Cinco Factores

| CARACTERÍSTICAS DO FFM | AUTORES (DATA) |
|--|-------------------------|
| Os factores são dimensões e não tipos, logo verifica-se uma variabilidade contínua, com a maioria dos sujeitos situados entre os dois extremos | Costa & McCrae (1992) |
| Os factores provavelmente terão tido um papel adaptativo em termos do desenvolvimento histórico | Buss (1996) |
| Os factores são considerados universais, tendo sido identificados em idiomas tão díspares como o chinês e o alemão | McCrae & Costa (1997) |
| A avaliação factorial afigura-se de grande utilidade em termos do <i>insight</i> e mudança psicoterapêuticos | Costa & McCrae (1992) |
| Os factores revelam-se estáveis ao longo de um período de 45 anos, com início na idade adulta | Soldz & Vaillant (1999) |

Veja-se seguidamente em pormenor a característica do FFM, “longevidade” dos factores, indicada por último, na tabela em cima.

3.3.1 Os Factores ao longo do Ciclo de Vida

Como nos refere Simões (1999), poucos ou nenhuns autores tomariam à letra a célebre frase de Watson (1928): “É tão fácil à zebra modificar as suas listras como ao adulto a sua personalidade”. Por outras palavras, são manifestamente raros os que defendem o conceito de estabilidade da personalidade como forma de negação da mudança. A este propósito, Pervin (1996; cit. Simões, 1999, p. 20) propõe a elaboração de uma teoria da personalidade que reconheça tanto a estabilidade (continuidade) como a variabilidade (especificidade situacional) no seu funcionamento. Por outras palavras, uma teoria que reconheça “a êxtase e a fluência do comportamento humano”. Com isto se pretende afirmar que o ser humano exhibe padrões gerais de conduta, sendo no entanto capaz de se adaptar a exigências situacionais específicas. Este jogo de estabilidade e mudança, de êxtase e fluência, é a essência da personalidade. Formulando deste modo a questão, Pervin proclama que não se deve ignorar uma destas características em função da outra mas assumir as duas, a fim de se discernir a interacção entre ambas.

De acordo com a perspectiva de Baltes & Shaie (1973, cit. Lima, 1999, p. 387), a Psicologia do Desenvolvimento faculta a abordagem mais completa da personalidade uma vez que, sem nunca perder de vista a unicidade individual, engloba diferentes vertentes, sendo co-extensiva à duração da vida, aceitando a continuidade (a existência de traços duradouros) e a mudança, defendendo ainda a importância da interacção entre o sujeito e o mundo.

No modelo proposto por Costa & McCrae (1994) os traços são considerados tendências básicas que, em conjunto com influências externas, determinam as adaptações características de um sujeito e que, por seu turno, influenciam a sua biografia objectiva e auto-conceito. Apesar de se tratarem de dois defensores da estabilidade da personalidade, Costa & McCrae (1992, cit. Simões, 1999, p. 20) admitem excepções à regra, nomeadamente, que existe continuidade e mudança entre a adolescência e a idade adulta e que, mesmo posteriormente, podem ocorrer pequenas mudanças no nível de actividade e

que a personalidade pode mudar em virtude de desordens psiquiátricas, factores catastróficos de stress, demências (por exemplo, Doença de Alzheimer) ou processos de psicoterapia. Não sendo por estas vias, a posição dos autores é peremptória: "... a partir dos 30 anos os traços da personalidade ficam "moldados em gesso" (Costa & McCrae, 1994, cit. Soldz & Vaillant, 1999).

De acordo com Lima (1997), os estudos longitudinais abrangendo amostras de largas centenas de homens e mulheres (constituem exemplos: *Normative Aging Study* - Costa & McCrae, 1976, 1977, 1978; e, *Baltimore Study of Aging* - Schaie, 1983) sugerem que as dimensões da personalidade revelam pouca mudança na idade adulta e que se dão mudanças desenvolvimentais importantes até cerca dos 30 anos. Em conclusão, os estudos longitudinais, baseando-se em escalas psicométricas para medir os traços da personalidade, apresentam um quadro claro de estabilidade da personalidade ao longo do ciclo de vida do adulto.

No maior estudo longitudinal alguma vez conduzido na investigação em personalidade (45 anos) por Soldz & Vaillant (1999), com base na estabilidade dos cinco factores, foi possível confirmar que os traços se mantêm estáveis ao longo do ciclo de vida, embora este estudo coloque em evidência valores de correlação mais baixos do que outros que o antecederam. Não obstante, esta investigação faz prova das hipóteses construídas até então, relativamente à estabilidade dos factores. Por último, tendo presente os resultados emanados desta investigação, os autores sugerem que a etapa do ciclo de vida em que o sujeito se encontra também se reveste de significado particular aquando da avaliação dos efeitos da personalidade sobre o funcionamento do próprio ao longo do ciclo de vida.

Em suma, importa regressar a Simões (1999, p. 23): "Estabilidade e/ou mudança, ao nível da personalidade do adulto? [...] a resposta parece ser: estabilidade e mudança. Embora o volume de dados, em favor da primeira, seja mais impressionante, é também considerável a evidência disponível, em

favor da mudança. Estabelecida a realidade da estabilidade e da mudança na personalidade, a tarefa que se impõe é a de determinar como e porquê uma e outra se verificam”.

3.3.2 Um Aglomerado Estatístico de Traços?: Críticas ao Modelo

Apesar da manifesta aceitação deste modelo, da sua compreensividade e abrangência, bem como dos seus mais recentes contributos teóricos, certo é que não está isento de críticas. Block (1995), um crítico notório do FFM, questiona não somente a metodologia que subjaz ao seu empirismo como também a Análise Factorial. Para além de acentuar que permanecem a descoberto questões como o número exacto de factores e a obtenção de rotações óptimas a partir dos factores escolhidos, adianta ainda que a análise factorial não reúne capacidades que permitam escolher entre a infinidade de alternativas que, na maioria das circunstâncias, assistem ao ser humano. Segundo o investigador, este tipo de opção requer não apenas uma argumentação conceptual e empírica mas, na essência, urge que “regressemos à tarefa de sermos psicólogos” (Block, 1995, p. 190). Nestes termos, apela aos psicólogos da personalidade para que, além da análise factorial, tenham em consideração outras fontes, como as observações prolongadas, os dados neurofisiológicos, os *insights* psiquiátricos e a introspecção.

Outro aspecto que por vezes ainda é levantado contra o FFM, prende-se com o distanciamento do modelo face às variáveis processuais, contextuais e construtivas. A este respeito, McAdams (1992) comenta que o modelo não tem em linha de conta a natureza contextual e condicional dos seres humanos. Todavia, a extinção deste argumento poderá residir nos escritos de McCrae & Costa (1995), que indicam que, para uma compreensão efectiva das diferenças individuais, os psicólogos da personalidade têm, forçosamente, que se debruçar sobre o funcionamento intra-individual. “De facto, será a combinação destas duas abordagens que irá moldar a próxima geração das Teorias da Personalidade” (p. 218). Como adiante será objecto de análise, a proposta

teórica de Costa & McCrae (1996), ao enfatizar a importância dos processos, dá uns passos significativos neste sentido. São, de resto, os próprios autores que comentam que a mesma: “identifica as categorias de variáveis que uma teoria da personalidade completa deve abarcar” (p. 5 - sublinhado acrescentado).

De acordo com Lima & Simões (2000), uma das críticas frequentemente dirigidas ao Modelo dos Cinco Factores, nomeadamente na pessoa de Eysenck (1993), é a de que na taxinomia do Big Five estão omissos alguns elementos básicos, inviabilizando, assim, a sua aceitação como teoria científica. Na verdade, alguns autores referem que existe uma manifesta falta de especificidade na definição dos cinco factores. Levantam-se algumas vozes contra a subdivisão do modelo, visto ainda não existir consenso quanto aos diferentes subfactores. Ora, se esta última afirmação é verdadeira no que diz respeito aos subfactores, o mesmo se aplica aos meta-factores, recentemente propostos por Digman (1997).

Numa postura de manifesta oposição ao FFM, Loevinger (1994, p.6) afirma: “Não há razão para acreditarmos que na base da personalidade existe um conjunto de factores independentes e ortogonais a não ser que se acredite que a natureza está confinada a apresentar-nos um mundo de linhas e colunas”. Encerra este argumento com a citada provocação: “Eu creio que há mais no céu e na terra que alguma vez sonhado pela filosofia factorialista da personalidade. Não podemos construir a avaliação da personalidade e a psicologia da personalidade exclusivamente naquilo que conseguimos penetrar através do filtro da objectiva ou de testes de papel e lápis”. Em concordância com o apontado por Loevinger, Pervin (1993) denuncia que, no que respeita às emoções, embora as mesmas constem da definição de Costa e McCrae de “traços”, estes autores não se têm debruçado sobre a ligação entre emoção e personalidade. Pervin afirma que a ênfase da Teoria dos Traços é posta mais na descrição do que na explicação.

Numa clara contraposição a esta crítica, Spurrison (1994) riposta que a força do FFM reside na sua capacidade de explicar a amplitude da estrutura da personalidade normal de uma forma parcimoniosa e que mesmo Costa e McCrae defendem que são necessárias mais do que cinco medidas para uma análise discriminada da personalidade. Desta postura resulta o facto do NEO-PI-R facultar informação sobre 30 facetas que integram os 5 factores, permitindo uma leitura mais fina da estrutura da personalidade. Contribuindo para esta discussão, McAdams (1994, p. 303) contrapõe que os traços que encontram eco no FFM “representam as atribuições mais gerais e compreensivas – simples, comparativas e virtualmente não condicionais – que poderíamos desejar fazer, quando não sabemos, virtualmente mais nada sobre a pessoa; isto é, quando confrontados com um estranho”.

Costa e McCrae jamais anunciaram que as 30 escalas de facetas do NEO-PI-R prefiguram um catálogo exaustivo dos traços da personalidade, mas sim que facultam uma amostra ampla de traços importantes que definem o FFM (Lang, McCrae, Angleitner et al, 1998). Reforçando o enunciado, e em defesa do Modelo dos Cinco Factores, é premente assinalar que a maioria dos autores que se vinculam ao FFM jamais o consideraram como a última palavra a respeito da descrição da personalidade (McCrae & John, 1992; Costa & McCrae, 1995; Goldberg & Saucier, 1995). Segundo McAdams (1992, p. 329): “O modelo dos Big Five deverá ser encarado como um modelo importante no estudo da personalidade, mas não o modelo da personalidade”.

Um princípio que muito se tem debatido e que se centra na questão supra descrita funda-se com uma aparente dicotomia: teoria – empirismo. Se, por um lado, é visível a discordância de alguns autores, tal como Briggs (1992) e Block (1995), quanto ao carácter ateorético do presente modelo, por outro, a corrente defensora do mesmo, reitera que num primeiro momento a descrição empírica da personalidade afigura-se prioritária. Somente após a realização plena desta etapa é possível construir as bases teóricas que alicerçam essa descrição.

Na verdade, o grande avolumar de abordagens empíricas em torno dos cinco factores tem procurado, fundamentalmente, validar a sua existência com base em diversos procedimentos de índole estatística. Como esclarecem Lima & Simões (2000), são deveras recentes as abordagens que têm visado dar resposta às seguintes interrogações: 1) a razão de ser de cinco de factores; 2) o porquê destes cinco factores e não de outros; 3) qual a origem/base do modelo e 4) em última instância, qual o seu contributo para o estudo da personalidade. A solução destas questões permitiu responder aos autores supracitados quando, a respeito da massa de resultados empíricos, indagam se se está apenas diante de uma simples taxinomia de traços ou, mais ambiciosamente, diante de uma nova teoria da personalidade.

3.4 Para uma Teorização da Personalidade

McCrae & Costa (In Wiggins, 1996) formulam que as teorias da personalidade aparentam desempenhar três funções específicas:

1. Constituem-se como um veículo dirigido a questões filosóficas básicas sobre a natureza humana;
2. Servem de repositório para os insights sobre os mecanismos psicológicos e as características humanas;
3. Num nível mais abstracto, definem o enfoque e os limites da psicologia da personalidade, identificando as variáveis a serem estudadas e os fenómenos a serem explicados.

Com base nestas funções, McCrae & Costa (op cit.) avançam com um modelo geral de teorias da personalidade que se consubstancia numa matriz metateórica destinada à descrição da personalidade, identificando categorias de variáveis que qualquer teoria da personalidade deve abarcar. São peremptórios a afirmar que não consideram este um produto acabado mas sim um protótipo das próximas gerações de teorias da personalidade.

Retomando os conceitos anteriores, e como nos referem Lima & Simões (2000), o objectivo que norteou a iniciativa acima exposta baseou-se na

tentativa de identificar as categorias de variáveis para o estabelecimento de critérios na elaboração de novas teorias e a comparação com as anteriormente formuladas. As variáveis em apreço representariam os constituintes básicos e universais de grande parte das teorias da personalidade existentes. Reformulando a questão, poder-se-á admitir que todas as teorias da personalidade poderiam ser compreendidas como afirmações sobre estes constituintes e suas inter-relações. São estas as variáveis: tendências básicas, adaptações características, biografia objectiva e influências externas.

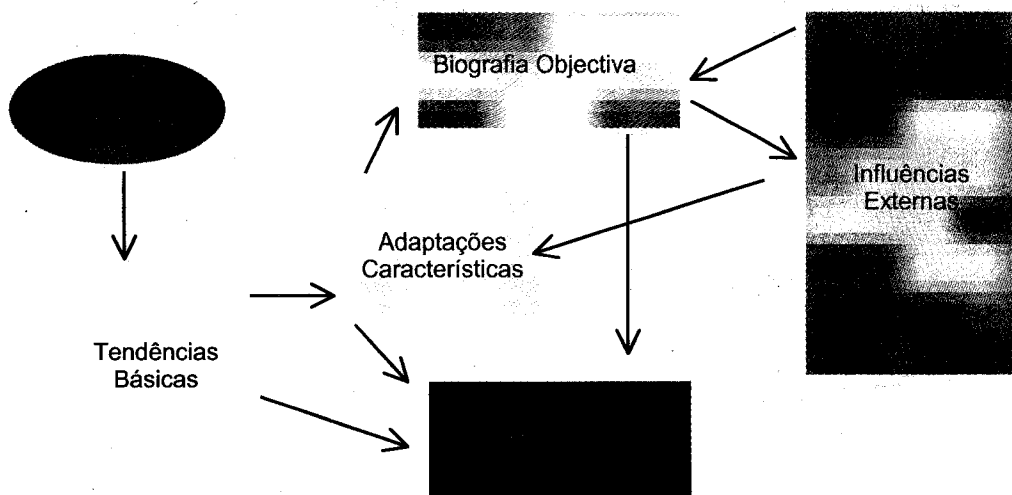


Figura 3.2: Categorias de Variáveis Personológicas Incluídas no Modelo Geral de Teorias da Personalidade (Esquema de Lima & Simões; 2000, p.173)

Os componentes da actual teoria podem ser sumariamente descritos da seguinte forma (Costa & McCrae, In Wiggins, 1996):

- **Tendências Básicas:** constituem o material mais elementar, sendo capacidades ou disposições, são habitualmente mais inferidas do que observadas. Orientando e constituindo o potencial básico de cada indivíduo, poderão ser herdadas ou originadas nas experiências precoces, apenas passíveis de sofrerem alterações mediante doença ou intervenção psicológica.
- **Adaptações Características:** sendo competências, hábitos e atitudes adquiridas na interacção do sujeito com o meio, são as manifestações

concretas das Tendências Básicas e, como instruem Lima & Simões (2000; p. 173), "...explicam como as dimensões universais da personalidade podem existir numa grande diversidade de culturas".

- Auto-Conceito: consiste no conhecimento, pontos de vista, avaliação do self, desde uma miscelânea de factos sobre a história pessoal à identidade, que trazem um sentido e uma coerência à vida e são, por vezes, expressos nas Histórias de Vida ou nos Mitos Pessoais.
- Biografia Objectiva: constituída pelo manancial que um sujeito fez, pensou, sentiu e disse, do princípio ao final da sua vida. Muitas teorias consideram o conteúdo desta categoria como o produto último que a Psicologia da Personalidade deveria ser capaz de predizer.
- Influências Externas: também tido por ambiente psicológico, inclui de modo geral e específico (situacional) as influências desenvolvimentistas e as circunstâncias actuais.

De novo citando Lima & Simões (op cit.), foi a partir do quadro de referência supra, composto por cinco categorias que, especificando o conteúdo de cada uma delas, se desenvolveu a Teoria dos Cinco Factores da Personalidade. Deste modo:

- Tendências Básicas – características genéticas, características físicas, capacidades cognitivas, traços da personalidade.
- Adaptações Características – competências adquiridas (linguagem, senso comum, esquemas e estratégias), atitudes e crenças.
- Auto-Conceito – pontos de vista implícitos e explícitos sobre o eu, identidade, auto-estima, História de Vida ou Mito Pessoal.
- Biografia Objectiva – Curso de Vida (percursos profissionais; acidentes históricos), comportamento manifesto.
- Influências Externas - variáveis desenvolvimentistas (relação pais-filhos, educação, socialização entre pares, eventos traumáticos), Macro-ambiente (cultura, subcultura), Micro-ambiente (reforços, punições).

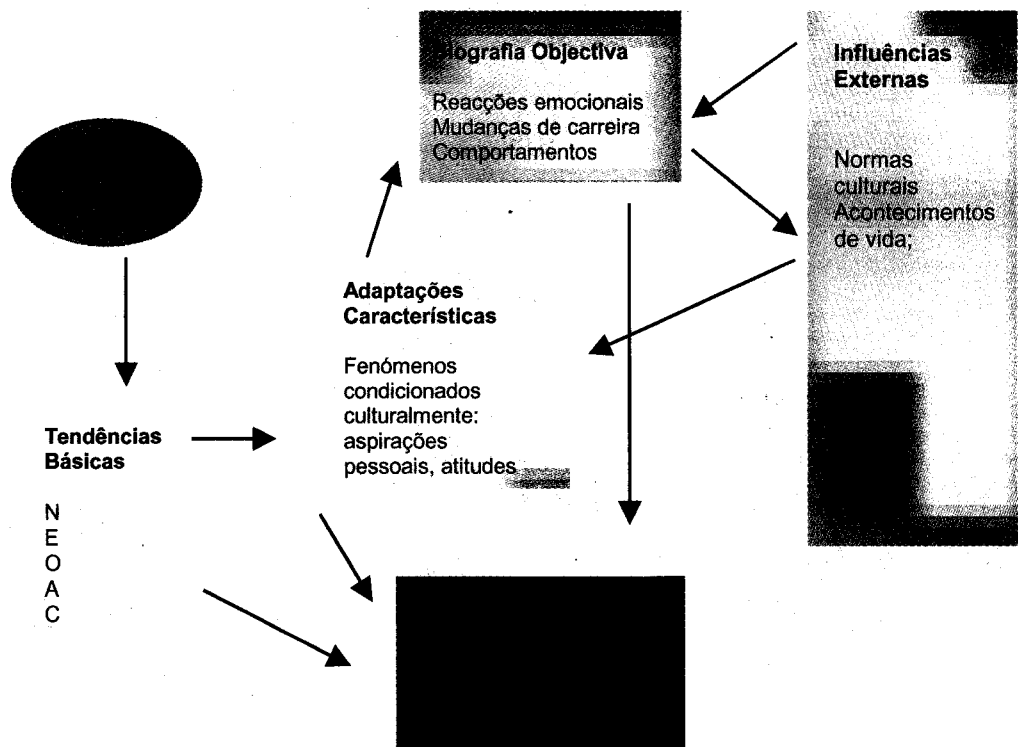


Figura 3.3: A Teoria da Personalidade dos Cinco Factores (com exemplos de conteúdo e setas a indicar a direcção das principais vias de causalidade mediadas por processos dinâmicos) [Lima & Simões, 2000, p. 174]

Conforme se depreende da figura representada, as categorias encontram-se relacionadas entre si mediante processos dinâmicos como, por exemplo, processamento de informação, coping, volição, processos interpessoais, entre outros.

Da Teoria de Costa e McCrae consta ainda um conjunto de postulados:

1. Tendências Básicas

- a. Individualidade - Todos os adultos podem ser caracterizados pela sua posição diferencial num conjunto de traços de personalidade que influenciam os padrões de pensamento, emoções e comportamento.
- b. Origem - Os traços da personalidade são tendências básicas endógenas.
- c. Desenvolvimento - Os traços desenvolvem-se a partir da infância atingindo a maturidade na adultez, mantendo-se doravante estáveis.

d. Estrutura - Os traços estão organizados de forma hierárquica do particular para o geral, constituindo os cinco factores da personalidade os níveis mais elevados desta hierarquia.

2. Adaptações Características

a. Adaptação - Ao longo do tempo os indivíduos reagem ao ambiente de acordo com padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos que são consistentes com os seus traços de personalidade e adaptações anteriores.

b. Desadaptações - Em qualquer momento as adaptações podem não se adequar aos valores culturais e aos objectivos pessoais.

c. Plasticidade - As adaptações características alteram-se ao longo do tempo em resposta à maturação biológica, às mudanças no ambiente ou intervenções deliberadas.

3. Biografia Objectiva

a. Determinação múltipla - A acção e experiência em qualquer momento são funções complexas de todas as adaptações características evocadas num dado momento pela situação.

b. Curso de vida - Os indivíduos têm planos e metas pessoais que organizam a sua acção a longo termo e de acordo com os seus traços de personalidade.

4. Auto-Conceito

a. Conceito de self - As pessoas mantêm uma visão cognitivo-afectiva delas próprias que é acessível ao consciente.

b. Percepção Selectiva - A informação é selectivamente representada no auto-conceito de modo a ser consistente com os traços de personalidade e a facultar um sentido de coerência ao próprio.

5. Influências Externas

a. Interacção - O ambiente físico e social interage com as disposições de personalidade de modo a moldar as adaptações características e, através destas, regular o comportamento.

- b. *Apercepção* - Os sujeitos participam e constroem o seu próprio ambiente de formas condicentes com os seus traços de personalidade.
- c. *Reciprocidade* - Os indivíduos influenciam selectivamente o ambiente ao qual respondem.

6. Processos Dinâmicos

- a. *Dinâmicas Universais* - O funcionamento continuado do indivíduo na criação de adaptações e sua expressão em pensamentos, sentimentos e comportamentos é, em parte, regulado por mecanismos cognitivos, afectivos e volitivos universais.
- b. *Dinâmicas Diferenciais* - Alguns processos dinâmicos são influenciados de forma diferenciada pelas tendências básicas do indivíduo, incluindo os traços da personalidade.

Em consonância com a presente proposta teórica, as normas culturais são tidas como exemplos das influências externas. A Teoria dos Cinco Factores postula que a cultura exerce uma influência directa sobre o desenvolvimento das adaptações características mas não sobre as tendências básicas. A cultura poderá determinar a expressividade de um determinado traço mas não é responsável pela sua emergência (Lang, McCrae, Angleiter et al, 1998). Verifica-se, de facto, que os mesmos traços definem os mesmos factores em culturas diferentes e muito diversificadas (por exemplo, a assertividade pode ser medida em amostras portuguesas, israelitas, croatas e coreanas e, em qualquer dos casos, terá uma relação positiva com a extroversão e a conscienciosidade e uma relação negativa com o neuroticismo e a amabilidade.

No estudo supra citado, os resultados comprovaram o FFM, isto é, que a interpretação de traços ao nível das facetas tem o estatuto de tendências básicas. As competências específicas, os hábitos e as atitudes que constituem a expressão fenotípica da assertividade, da modéstia ou da obediência ao dever, são adaptações características que são adquiridas através da experiência, mas aparentam ter sido construídas em disposições endógenas para se ser assertivo ou modesto ou cumpridor do dever.

Os modelos hierárquicos da personalidade reconhecem que os traços ao nível das facetas não são, por si, os níveis mais baixos da hierarquia. Uma forma de definir um nível inferior ao das facetas é, justamente, proceder à divisão das facetas gerais em traços que são específicos ao contexto. Por exemplo, a ansiedade pode ser decomposta em ansiedade face à saúde, ansiedade perante a avaliação, ansiedade financeira, etc. Sendo o contexto definido culturalmente, afigura-se óbvio que a cultura exercerá um efeito importante nestes traços específicos ao contexto: a biologia indica quão medo se deve ter e a cultura aponta os objectos de que se deve ter medo. Neste sentido, traços específicos ao contexto poderão constituir um interface entre a universalidade biológica e as variações culturais na personalidade.

Numa breve comparação entre os postulados teóricos da autoria de Costa e McCrae e os de McAdams, Soldz & Vaillant (1999), comentam que muito embora ambos dividam a personalidade em três níveis, na matriz de Costa e McCrae os traços são tendências básicas que juntamente com as influências externas determinam as adaptações características que, por seu turno, influenciam a biografia objectiva dessa pessoa e seu auto-conceito enquanto que, na proposta de McAdams, contrariando os primeiros, se defende que os níveis não estão hierarquizados (traços; preocupações pessoais e identidade). Deste modo, nenhum dos níveis da teoria de McAdams constitui um nível primário, sendo a relação entre eles de natureza exclusivamente empírica.

Estabelecida a evolução histórica sobre o conceito de personalidade, apresentado o FFM, seu desenvolvimento e enquadramento teórico, de seguida há que estabelecer os interfaces conceptuais entre Personalidade e Saúde, Personalidade e Materno e, por último, Personalidade das Mães dos Prematuros.

3.5 Personalidade e Saúde: Empirismos e Teorizações

Afigura-se como encorajante o facto de já não se questionar: “Será que a personalidade influencia a saúde?”, mas antes se procurar apreender relações mais complexas, como se comprova pela seguinte questão: “Perante que circunstâncias, relativas a que aspectos de saúde ou comportamentos saudáveis e com que implicações práticas é que a personalidade influencia a saúde?” (Holroyd & Coyne, 1987, p. 373). Contudo, para se atingir este nível evolutivo em torno da relação entre as variáveis personalidade e saúde, foram precisos longos anos de contributos teóricos e empíricos.

McMahon (1976, cit. Smith & Williams, 1992) informa que a noção que as dimensões da personalidade exercem uma influência sobre a saúde do sujeito, consta quer da história da filosofia⁷, quer da medicina. Na mesma linha de pensamento, Suls & Rittenhouse (1987) afirmam que, muito embora a relação entre personalidade e saúde tenha preocupado cientistas e pensadores ao longo de séculos, o corpus teórico e científico ainda prefigura uma área jovem que tem emergido das conhecidas e controversas tentativas de considerar o homem como um produto do cruzamento entre o self psicológico e o self fisiológico. Com interesse para a abordagem que se versa neste momento de reflexão sobre personalidade e saúde, intui-se ainda da publicação acima citada que a descoberta dos aspectos não-fisiológicos do funcionamento humano antecedeu Aristóteles. No entanto, a aceitação desta relação tem sido historicamente pautada por conflitos e alterações cíclicas.

O estabelecimento de uma das etapas históricas sobre a relação personalidade-saúde é da responsabilidade de Alexander & Dunbar (cit. Krantz & Hedges, 1987). Nas décadas de 40 e 50, ao registarem semelhanças no perfil psicológico de doentes que sofriam da mesma patologia orgânica, desenvolveram uma abordagem psicanalítica dos fenómenos psicossomáticos, reforçando implicitamente o postulado de que os traços da personalidade

⁷ Segundo Sousa (1997, In Cardoso) já no Século II, Galeno afirmava o maior risco de mulheres com traços melancólicos virem a desenvolver cancro da mama, em comparação com as suas congéneres de temperamento sanguíneo.

desempenham um papel importante na saúde. Dito de outro modo, a hipótese consubstanciada nesta noção, assenta no pressuposto de que determinados traços apresentam uma relação causal com a doença, assumindo claramente uma postura antagónica à dualidade cartesiana que, no modelo da saúde, separa *psyche* e *soma*. Após um período de trevas, o interesse científico pela relação personalidade-saúde voltou a emergir, constatando-se que a teorização e investigação nesta área é actualmente um dos pilares das áreas da Psicologia da Saúde e da Medicina Comportamental.

Retomando a breve cronologia histórica que se tem procurado desenhar, os trabalhos de Glass e Stinger, nos anos setenta, sobre os efeitos do stress e as investigações centradas nas personalidades Tipo A e Tipo B, em muito contribuíram para que, na década de oitenta, os efeitos dos factores psicológicos sobre a saúde se consubstanciassem como um tópico muito debatido no seio da psicologia académica. Em proporção, o mesmo entusiasmo só se verificara aquando do auge da abordagem psicossomática nos anos 40 e 50. No entanto, é importante assinalar que os processos subjacentes ao recente (re)nascimento da temática sobre o interface entre o psicológico (personalidade) e o físico (saúde) se demarcam frontalmente da abordagem psicossomática. O postulado de que os factores da personalidade desempenham um papel preponderante no desenrolar dos processos de saúde, é hoje alvo de reconhecimento clínico e científico generalizados.

Holroyd & Coyne (1987) assinalam que o Modelo da Teoria Implícita da Personalidade tem servido, nos tempos mais recentes, de guião às iniciativas empíricas sobre personalidade e saúde, assumindo que a personalidade está directamente implicada não só no grau de vulnerabilidade ao stress, como igualmente associada a comportamentos de risco para a saúde. Este modelo, ainda que simplista, tem um contributo heurístico importante e pode ser graficamente ilustrado da seguinte forma:

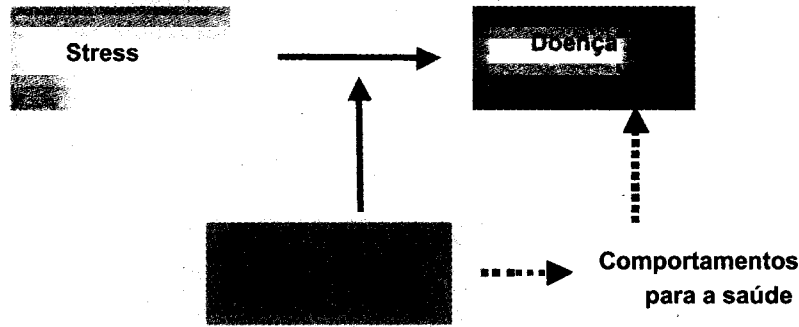


Figura 3.4: Os Percursos Reconhecidos que Interligam a Personalidade e a Saúde (Adaptado de Holroyd & Coyne, 1987, p. 368)

Confrontados com a variabilidade humana, é razoável especular-se sobre a contribuição etiológica, directa ou indirecta, para determinadas doenças ou para aquilo que se pode denominar por 'susceptibilidade geral à doença'. Se, efectivamente, se constatar a existência de tal relação, então o conhecimento dos traços disposicionais pode contribuir para a identificação dos indivíduos que integram o grupo de risco. Mesmo que uma dimensão da personalidade se revele importante apenas pela sua associação a comportamentos de risco para a saúde, esta dimensão pode, por si própria, assumir um papel psicoprofilático, na medida em que uma variável disposicional é mais fácil de identificar que o comportamento em si (ou futuro comportamento). Assente nesta matriz, o enfoque nas variáveis disposicionais permite aos investigadores identificar grupos de risco que possam ser alvo de acções de prevenção ou intervenção. Por outro lado, a investigação centrada na relação traços/funcionamento fisiológico poderá identificar os limites do impacto da personalidade sobre a saúde.

Recorrendo a uma moldura conceptual definida em três eixos fulcrais, Krantz & Hedges (1987) operacionalizam a relação entre personalidade e saúde como seguidamente se descreve:

1) Os traços como factores etiológicos da patofisiologia

Esta perspectiva, denominada “abordagem do traço etiológico”, sugere que os factores da personalidade desempenham um papel causal na etiologia da patofisiologia ao produzirem, por exemplo, alterações fisiológicas (neuro-endócrinas e imunológicas) que podem ser nocivas para a saúde.

2) Os traços como estilos de coping

Os traços podem funcionar como moderadores do stress. Esta orientação salienta que, mediante acontecimentos stressantes da vida, o repertório de coping de um indivíduo pode contribuir não só para a sua saúde em geral, como também para a sua resistência à doença.

3) Os traços como comportamentos de risco para a saúde

Um terceiro eixo, articula a relação entre a personalidade e a doença e poderá ser designado por “comportamentos de risco para a saúde”, logo os traços não se apresentam como factores causais para a doença. Nesta óptica, os factores da personalidade revelam ser bons indicadores da probabilidade de determinado indivíduo evitar comportamentos de risco para a saúde ou então, face à doença, de utilizar os recursos de saúde ou de procurar ajuda médica.

Numa óptica metodológica, Bowers (1987, p. 345) refere que a determinação do impacto da personalidade sobre critérios relativos à saúde pode ser eficazmente analisado através do método estatístico de correlações múltiplas. Assim, com base nesta premissa estatística, a questão: “Quais os factores psicológicos e quais as interacções entre estes que melhor predizem os critérios de saúde?” apresenta-se como premente. Segundo o autor, os psicólogos, como profundos conhecedores da sofisticação dos processos psicológicos e com a devida formação metodológica, encontram-se numa posição única para poder responder à questão supra colocada. Bowers afirma convictamente que, “para os psicólogos, esta é uma tarefa digna do tempo que

possa consumir, dos esforços que venha a exigir ou da frustração que possa despoletar” (p. 345).

No que concerne à falta de uniformização dos procedimentos de metodologia e empíricos que se têm desenvolvido no interface entre Personalidade e Saúde, Costa & McCrae (1987) defendem que o Modelo dos Cinco Factores, ao disponibilizar ferramentas importantes configuradas sob a forma de instrumentos de medida e procedimentos de validação, poderá facultar à Psicologia da Saúde uma taxinomia de grande utilidade. A respeito da utilidade do FFM, Smith & Williams (1992, p. 397-398) acrescentam: “Ainda que o Modelo dos Cinco Factores não venha curar todos os males da investigação em personalidade e saúde, permitirá pelo menos tratar algumas das suas doenças mais problemáticas”.

A título ilustrativo, Wiggins (1992) comenta que a relação entre neuroticismo e o relato de doenças surge como uma área confusa no âmbito da psicologia da saúde. Todavia, ao olhar para tais problemáticas, através da “lente” do Modelo dos Cinco Factores, tudo se revela muito mais nítido e focado. Assim, socorrendo-se da “lente” e da “linguagem comum” referidas, Costa & McCrae (1987) ampliaram a visão sobre as queixas somáticas e os traços da personalidade, ou seja, contribuíram para o esclarecimento da relação entre neuroticismo e percepção da doença. Assinalaram o paralelismo entre os elevados índices de queixas somáticas e os níveis de neuroticismo. Deste dado empírico resulta que os sujeitos com elevada pontuação neste factor não contraem mais doenças orgânicas, mas evidenciam antes um estilo enviesado de percepção e comunicação de pseudo-sintomas, manifestado continuamente, mesmo na ausência de qualquer doença.

O Modelo dos Cinco Factores apresenta-se como um candidato promissor para ajudar a esclarecer o sofisticado interface entre o self psicológico e o self fisiológico. Widiger & Trull (1997) afirmam que o FFM tem vindo a gozar de reconhecimento, validade e aplicabilidade ao longo de diversos campos, incluindo a Psicologia Clínica, a Psicologia das Organizações e a Psicologia da Saúde, derivando a principal atracção da sua sólida infra-estrutura empírica.

Porém, o campo da personalidade e da saúde requer uma breve reflexão pois, segundo os investigadores, perante a panóplia de abordagens que se tem desenrolado nesta área, torna-se imperioso integrar e adoptar uma linguagem comum. O modelo em análise não só se encontra apto a fazer face à necessidade da linguagem comum, como pode igualmente providenciar pontos de referência e instrumentos de medida - requisitos tão caros a quem pretende proceder a uma arrumação empírica e conceptual. A aceitação da matriz do Modelo dos Cinco Factores por este território científico (personalidade e saúde), facultaria uma infra-estrutura conceptual e teórica dotada de maior coerência. Concomitantemente e de acordo com uma taxinomia estabelecida, tornar-se-ia então possível organizar a actual lista de traços relevantes para a saúde, promovendo progressos neste campo e facilitando de igual forma a avaliação em situação hospitalar. Assim sendo, as questões há muito levantadas sobre a relação entre a personalidade e saúde conheceriam progressivamente respostas conclusivas e, pela primeira vez, um enquadramento de cariz não-psicopatológico.

Em relação a esta questão, Ribeiro (1999) relata que, durante muito tempo, a avaliação da personalidade assentava predominantemente nos aspectos negativos da mesma. Qualquer pesquisa bibliográfica até aos anos 90 faz prova de que o enfoque principal das investigações se enquadrava numa óptica psicopatológica das variáveis personalidade e saúde. Dito de outro modo, as abordagens anteriores ao FFM (que procuravam avaliar os possíveis efeitos da personalidade sobre um aspecto particular da saúde), recaíam naturalmente no dogma de que um ou mais elementos de cariz psicopatológico da personalidade estariam associados ao aparecimento ou desenvolvimento de um determinado aspecto de doença. Em resumo, admite-se que o grande contributo do FFM reside na introdução de uma conceptualização dimensional sobre as características da pessoa ajustada e desajustada, por oposição à agregação de sintomas a que o pensamento clínico e diagnóstico fazem apelo.

Para concluir, cabe regressar aos postulados de Galeno, nos quais se admitia que o pessimismo, a zanga crónica ou o vivenciar constante de experiências

emocionalmente desgastantes, enfraqueciam a saúde e podiam levar a uma morte precoce. É de facto curioso constatar que um dos mais recentes campos de investigação na área da personalidade e saúde se prenda, justamente, com a necessidade de se compreender melhor o papel da afectividade negativa, como traço da personalidade e respectiva tendência para vivenciar emoções negativas, bem como o seu contributo para a saúde (Watson & Clark 1984, cit. De Fruyt & Denollet, 2002). Estes ensinamentos têm vindo a ser recuperados, nomeadamente através do conceito de Personalidade Tipo D. Entendem-se por detentores de personalidade Tipo D, aqueles sujeitos que tendem a experienciar emoções negativas e, simultaneamente, a inibir a auto-expressão em contextos sociais. Ainda que inicialmente concebida na linha das personalidades Tipo A e B, isto é, relacionadas com o risco de cardiopatia, actualmente assiste-se a uma tentativa de definir este conceito com recurso ao FFM. Nesta recente parametrização sobre a velha ideia de Galeno, os autores concluem que a Afectividade Negativa (NA) revela uma correlação positiva significativa com o Neuroticismo (N) e negativa com a Extroversão (E), a Amabilidade (A) e a Conscienciosidade (C). Por seu turno, a Inibição Social (IS) revelou uma correlação negativa com a Extroversão (E) e Conscienciosidade (C) e uma correlação positiva com Neuroticismo (N).

Deste modo, e com base no exemplo atrás apresentado, procurou-se retornar às raízes e intuições históricas sobre a estreita ligação que opera entre a personalidade e a saúde. É imperioso visitar um outro interface com envergadura conceptual e empírica igualmente histórica: a Personalidade e o Género.

3.6 Personalidade e Género

A título de intróito, convém esclarecer que o termo “género” foi utilizado pela primeira vez pelos sofistas Gregos no ano 5 A.C. para descrever a classificação tripartida do nome das coisas em masculino, feminino e intermédio. Embora em textos mais antigos se utilize o termo “género” de forma

jocosa para designar “sexo”, actualmente no discurso politicamente correcto o termo género substituiu o termo “sexo”, excepto quando na realidade se trata mesmo de sexo, do acto sexual. Na área da psicologia das diferenças individuais, assume-se a expressão “diferenças de género” em prol de “diferenças sexuais”, assumindo claramente a conotação cultural que advém do termo género. Deste modo, se o termo sexo se refere às categorias binárias “macho” e “fêmea”, por oposição, o termo género reporta-se aos atributos associados em maior ou menor grau aos dois sexos: masculino e feminino. Assim, o género é assumido como a componente cultural daquilo que se considera ser homem e mulher.

Na época moderna, a utilização de dois pesos e duas medidas na análise das diferenças de género é ainda evidente na teoria psicanalítica, como se revela claro no pensamento falocêntrico ou androcêntrico de Freud, que muito contribuiu para a criação de alguns mitos sobre a personalidade feminina, na medida em que foram apropriados de forma selectiva e redutora pelo senso comum. No quadro da Teoria Freudiana, na puberdade estão já patentes as diferenças entre o carácter masculino e o carácter feminino que vão influenciar a vida adulta. “Assim numa teoria em que a normalidade é elaborada a partir do patológico em que o adulto constitui uma extrapolação da infância e em que o psicológico é o terreno onde se cruzam o biológico e o social no plano restrito da sexualidade, o masculino é o modelo de observação por excelência e de definição de certos conceitos, como o da libido, e o feminino aparece associado ao patológico, à infância e às pulsões incontroladas” (Amâncio, 1994, p.20). Subjacente a esta teoria, encontram-se as dimensões de actividade *versus* passividade que, importadas para a análise do comportamento social de homens e mulheres, servirão para fundamentar o modelo da dualidade dos seres masculinos e femininos.

Uma outra abordagem que procura explicar as razões para as diferenças de género na personalidade, da qual Archer (1996, 2001b, 2001c) e Buss (1996, 1999) são acérrimos defensores, baseia-se na aplicação à psicologia dos princípios da abordagem evolutiva. A referida corrente assenta no pressuposto

de que as diferenças emergentes do cruzamento entre personalidade e gênero são moldadas/seleccionadas pelas diferentes pressões do processo de selecção natural a que cada indivíduo esteve sujeito ao longo de um determinado percurso histórico. Se, por um lado, a mulher é tida como mais afectiva e emotiva, atributos seleccionados pelo seu papel na maternidade, considera-se que a agressividade e a competitividade no homem foram seleccionadas de modo a corresponder ao seu papel de defensor e protector. Sem embargo, dentro da perspectiva evolutiva há quem procure atenuar as diferenças entre sexos, contrapondo que não são mais importantes do que, por exemplo, as diferenças existentes entre indivíduos do mesmo sexo (Gangestad & Simpson, 2000, cit. Archer, 2002). Esta última postura reflecte uma viragem surpreendente em relação à tendência que caracterizou a maioria dos escritos dos psicólogos evolutivos.

Retomando a questão dos estereótipos sociais, observa-se que a Teoria de Parsons, sobre a influência da estrutura familiar para a socialização dos papéis sexuais, muito contribuiu para fundamentar a necessidade das diferenças nos perfis de personalidade de homens e mulheres e na desejabilidade social dos seus respectivos comportamentos. De acordo com esta teoria, a subsistência da família é assegurada pela figura masculina através do trabalho (no exterior da família), cabendo à figura feminina o firmar do bem estar familiar. A manutenção da estrutura familiar equilibrada, de personalidades saudáveis nos adultos e da própria sociedade, dependem da distinção de papéis sexuais que, embora complementares no seio da família, são quantitativamente e qualitativamente assimétricos. Enquanto o equilíbrio da personalidade masculina resulta da diversidade de papéis, o da personalidade feminina restringe-se ao desempenho único do papel materno-familiar.

Bem (1974, cit. Archer, 2002), debruçou-se sobre a medida dos traços femininos e masculinos, com recurso à Escala *Bem Sex Role Inventory* (BSRI – Inventário de Papéis Sexuais de Bem), apresentando assim o Modelo da Androginia. Contrariando a tradição da época (considerar o feminino e o

masculino como extremos opostos de uma única escala)⁸, Bem e Spencer procuraram proceder a esta avaliação admitindo à partida a existência de duas dimensões distintas. Assim, um sujeito, independentemente do seu género, poderia possuir diferentes traços femininos e masculinos. No entanto, acresce referir que enquanto Bem se referia simplesmente a traços “femininos” e “masculinos”, Spencer abstinha-se de utilizar tal nomenclatura, denominando-os traços “instrumentais” (masculinos) e traços “expressivos” (femininos). Spencer assumia-se um acérrimo defensor desta diferença, afirmando que uma pessoa com uma personalidade masculina, não tinha necessariamente que ser masculina noutros aspectos do seu funcionamento como, por exemplo, nos seus interesses.

Todavia, ambos os autores concordavam que um sujeito que revelasse traços femininos (expressivos) e traços masculinos (instrumentais) em igual proporção era designado como andrógino⁹. Relativamente à personalidade destes sujeitos, Sandra Bem defendia ser esta mais ajustada do ponto de vista psicológico, uma vez que não só possuíam uma auto-estima mais elevada, como também a capacidade de assumirem papéis instrumentais ou expressivos consoante as exigências situacionais.

Segundo Lippa (1995), esta perspectiva não está isenta de críticas. Em primeiro lugar, o masculino e o feminino são dotados de uma existência real, em vez de reconhecidos como constructos cognitivos que são. Por outro lado, ao limitar as características relacionadas com o género a duas grandes dimensões - traços de personalidade instrumentais e expressivos – está a ser vetado todo um conjunto de características de grande relevância para os conceitos de senso comum acerca do masculino e do feminino. Por último, ao procederem ao *freeze-frame* dos conceitos masculino e feminino, os autores

⁸ Na opinião de Amâncio (1994, p. 24), no modelo de Bem, os papéis sexuais continuam a ser assumidos como diferentes e simétricos, contrapondo que este modelo não constitui nenhuma tentativa de aprofundar a diferenciação social entre os sexos mas sim uma “postura de feminismo behaviorista”.

⁹ Uma pessoa andrógina apresentava resultados elevados quer nas escalas instrumentais (masculinas) quer nas escalas expressivas (femininas) do Questionário de Atributos Pessoais – *Personal Attributes Questionnaire* (PAQ) – Spencer et al, 1975, cit. Archer, 2002. Destas pessoas era afirmado terem igualmente uma elevada auto-estima.

estão igualmente a negligenciar o facto de que estes conceitos estão, eles próprios, imbuídos de referências históricas, culturais e mesmo de referências subculturais.

Outra crítica análoga dirige-se à ligação entre androginia e auto-conceito. Vários autores contrapuseram que o auto-conceito é, ele próprio, um conceito que se sustenta nos estereótipos. Marsh & Byrne (1991; cit. Archer & Loyd, 2002) verificaram que as medidas tradicionais de auto-conceito encontravam-se mais relacionadas com traços masculinos (por exemplo, assertividade e conquistas pessoais), enquanto que outros aspectos do auto-conceito, como honestidade e relações com os “outros significativos”, se encontravam predominantemente associados a traços femininos. Em suma, a investigação em torno do género tem que ser alicerçada nos traços “masculino” e “feminino” que não estejam fundados nos estereótipos sociais. Segundo Archer & Loyd (op cit.), apesar das críticas apontadas ao modelo de Bem, não é de rejeitar totalmente a ideia de que pessoas com traços femininos e masculinos serão mais flexíveis que outras, cujos traços se encontram mais polarizados.

Numa abordagem empírica de grande envergadura sobre a meta-análise de diferenças de género e a personalidade, Feingold (1994, cit. Archer & Loyd, 2002) socorreu-se de dados recolhidos entre 1940 e 1992 e analisou-os, tendo como referência o Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. A análise foi conduzida com base nas facetas que compõem cada factor. Em ordem descendente, verificou existirem diferenças nas seguintes facetas: Sentimental (A6); Assertividade (E3); Confiança (A1); Ansiedade (N1) e Gregariedade (E2). Especificando, as mulheres revelaram-se muito mais sentimentais, consideravelmente menos assertivas, ligeiramente mais confiáveis e ansiosas e, muito ligeiramente, mais gregárias que os elementos do sexo oposto.

Procurando esclarecer porque é que as mulheres são frequentemente tidas como mais emotivas e mais medrosas do que os seus pares do sexo oposto, Feingold observou que estes aspectos estão muitas vezes associados a diferenças ao nível da assertividade e da ansiedade. Este perito defende que

se verifica que a emotividade se encontra associada ao traço de ansiedade e que, por sua vez, o facto das mulheres se apresentarem como medrosas está intimamente relacionado com a timidez que, segundo o mesmo, se observa numa escala bipolar como o oposto do traço assertividade. Complementando este argumento com uma leitura evolutiva, perspectiva que o homem se revela capaz de uma maior estabilidade emocional, isto é, apresenta-se menos ansioso porque, ao longo da história, as disputas com outros homens pela dominância, com frequente recurso à agressividade, promoveram a selecção e o reforço desta postura de exteriorização. Por sua vez, em termos do processo de selecção, as mulheres têm tido menores oportunidades de exteriorizar a agressividade em relação a outras mulheres, contribuindo para uma postura onde a ansiedade e medo são interiorizados.

Ainda assim, há que fazer referência a algumas das limitações desta metodologia, com o propósito de acautelar a interpretação dos resultados. Uma das críticas mais apontadas prende-se com a representatividade etária. O que se observa na investigação em apreço relativamente ao traço assertividade é que, dos 22 estudos que a integram, dois não mencionam a idade dos sujeitos e apenas um estudo utiliza uma amostra de adultos idosos – nos restantes, os sujeitos tinham menos de 20 anos, o que acarreta dúvidas várias sobre a assertividade ao longo do ciclo de vida. Curiosamente, num dos poucos estudos incluídos na meta-análise de Feingold, que abordou as diferenças etárias, verificou-se, na comparação de uma amostra de homens de meia idade com outra de jovens universitários, que os primeiros apresentavam um perfil de personalidade mais instrumental (masculino).

Uma segunda limitação refere-se com a representatividade cultural e nacional. Retomando o exemplo da assertividade constata-se que, dos 15 estudos sobre este traço de personalidade, 12 provinham dos EUA e os remanescentes, embora de natureza diversa (Índia, Noruega e Tailândia), não representavam a diversidade cultural.

Com o objectivo de proceder a uma análise transnacional (27 nações) dos estereótipos de acordo com o FFM, Williams et al (1982, 1990, 1999, cit. Archer & Loyd, 2002), através de 3 estudos subsequentes, puderam registar que o estereótipo masculino revela uma maior relação com todos os factores, com excepção do Factor Amabilidade. O grau de consistência da análise transnacional comprova-se na medida em que os estereótipos sociais em 24 das 27 nações revelam uma forte relação com os factores Extroversão, Neuroticismo, Conscienciosidade e Abertura à Experiência. Em 22 nações considerou-se que o Factor Amabilidade se aplicava predominantemente à mulher.

No sub-capítulo 3.2.2 descreveu-se a doutrina da Hipótese Lexical, que proclama que na linguagem natural estão encriptadas as dimensões das diferenças individuais. No entanto, se na linguagem se encontram escassas palavras relativas a uma dimensão de comportamento, poder-se-á assumir que esta se revela como menos importante que outra com maior representatividade? (Paunonen & Jackson, 2000). Esta questão merece ser objecto de reflexão, visto espelhar a realidade do que se verifica em termos da representatividade do género na linguagem comum. Uma das críticas formuladas pelos autores acima citados a propósito da abrangência dos cinco factores refere-se, justamente, ao masculino-feminino. De acordo com estes, numa lista de 339 termos traço (adjectivos) da autoria de Goldberg (1990) não surge nem masculinidade nem feminilidade. Perante tal realidade, jamais seria possível formarem um factor, vista a sua parca representatividade e atendendo a que os critérios para a extracção e rotação de factores se baseiam na dimensão do mesmo.

Costa e McCrae, reportando-se ao NEO-PI-R, referem que tanto a masculinidade quanto a feminilidade se encontram enraizados no factor Extroversão (E). Contudo, esta afirmação assenta no pressuposto de que a masculinidade se encontra associada a facetas mais activas e dominantes e que, por oposição, a feminilidade estaria associada às facetas afiliativas, emocionais e vinculativas.

Outros autores têm procurado valorizar a dimensão supra-enunciada conferindo-lhe um espaço psicométrico próprio em termos dos instrumentos de avaliação. Constituem exemplos: *Comrey Scales* (1970); *California Psychological Inventory* (1987), entre outros. A respeito das escalas de medida, há que referir que o dualismo do masculino e do feminino, a bipolarização da conceptualização dos sexos, reflectia-se nos próprios instrumentos da psicologia. Exemplos disso são as escalas bi-polares de traços, profissões, actividades, etc., através das quais se pretendia estudar a adequação da identificação dos sujeitos com o sexo de pertença (Amâncio, 1994).

Relativamente às perturbações da personalidade e o género, os 10 padrões de traços de personalidade extremos que têm sido identificados como Perturbações da Personalidade, encontram-se classificados no segundo eixo do DSM-IV e agrupados em 3 grupos (A, B e C). Tem sido apontado que os homens se enquadram predominantemente no Grupo A (que inclui, por exemplo, Perturbações da Personalidade Paranóide e Esquizóide), enquanto que no Grupo C (por exemplo, Perturbações da Personalidade caracterizadas por medo, ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, dependência) é significativamente maior a representatividade das mulheres. No Grupo B, verifica-se que os homens são maioritariamente diagnosticados com Perturbações da Personalidade anti-sociais e, por oposição, as mulheres com perturbações histriónicas ou *borderline*. Nolen-Hoeksema (1998, cit. Archer & Loyd, 2002) tem procurado compreender os fenómenos subjacentes à realidade acima descrita. Alguns traços de personalidade, como a emotividade, a preocupação com a aparência e a dependência, são típicos de um estereótipo feminino negativo e, quando muito extremados, podem assumir-se como Perturbações da Personalidade histriónicas, *borderline* e dependentes. Uma vez que é geralmente assumido como certo que as mulheres preenchem estes diagnósticos, pode incorrer-se no erro do sobre-diagnóstico. Analogamente, nos homens assiste-se à sobre-representação do diagnóstico Perturbação da Personalidade Anti-Social, cuja sintomatologia corresponde em larga medida ao estereótipo masculino negativo de comportamento anti-social. Não obstante, os autores enunciados afirmam que, apesar de se estar perante

situações de clara sobre-representação, da análise dos inquéritos populacionais fica comprovado que os homens desenvolvem Perturbações da Personalidade Anti-Social em muito maior expressão que o resto da população.

Segundo dados da *American Psychological Association* (APA, 1994, cit. Sherr & St Lawrence, 2000), recolhidos na sequência de um estudo comparativo baseado no DSM-IV, as perturbações de pânico com e sem agorafobia e agorafobia sem história de perturbações de pânico, são duas a três vezes mais diagnosticadas em mulheres do que em homens. Estes resultados vêm duplicar registos anteriores que davam conta que este tipo de diagnóstico diferencial revelava expressões na ordem dos 59 a 82%. Numa interpretação oriunda da psicologia da personalidade de orientação analítica, é defendida a doutrina de que o traço de personalidade de dependência se reveste de uma característica marcante para as agorafóbicas (Clum & Knowles, op cit.). Numa última referência ao foro psicopatológico, é de notar que têm sido registadas alterações significativas na manifestação de sintomas depressivos na depressão crónica major (Gater et al, 1998; Kornstein et al, 1995, cit. Sherr & St Lawrence, 2000). Estas investigações levantam questões várias que carecem de ser aprofundadas, para se discernir o que subjaz às diferenças encontradas entre homens e mulheres na vivência de um quadro depressivo.

A ideia de uma contribuição do estereótipo social de género para o diagnóstico em saúde mental, nomeadamente para o diagnóstico de Perturbações da Personalidade, não é nova. Num estudo clássico (Broverman et al, 1970, cit. Archer & Loyd, 2002), procurou-se explorar o terreno onde se cruzam traços de personalidade, critérios de diagnóstico em saúde mental e estereótipos sociais. Os traços de personalidade que foram descritos nesse estudo como pertencendo à “mulher saudável” (*versus* “homem saudável”), identificados por técnicos de saúde mental, sucumbiam ao “estereótipo do patriarcado” da mulher emotiva. Mais uma vez, as mulheres eram descritas como emotivas, submissas, excitáveis (na vivência de pequenas crises), convencidas, menos aventureiras, competitivas, independentes e objectivas quando comparadas com uma pessoa saudável ou um homem saudável. Sem aprofundar muito as

ilações que podem ser tiradas deste estudo, há que assinalar que, no final da década de sessenta, as normas e critérios empregues para a avaliação da saúde mental de homens e mulheres apresentavam, à partida, diferenças notórias.

Volvidas duas décadas, Beckwith, procurando esclarecer a influência do estereótipo sobre a leitura dos traços de personalidade e raciocínio clínico, utilizou o questionário de Broverman numa aplicação a estudantes de enfermagem. Pretendeu inventariar não só uma descrição de traços da pessoa, mulher e homem saudáveis, como também da pessoa, mulher e homem doentes. Relativamente ao descritor de "saúde", dos 38 traços de personalidade que compõem a escala, foram apenas identificadas diferenças em 6 traços, sendo que a descrição do homem saudável é mais susceptível à influência do estereótipo masculino e a descrição da mulher saudável se assemelha fortemente à descrição do adulto saudável. Relativamente às descrições de pessoas, homens e mulheres doentes, os resultados invertem a tendência acima descrita - isto é, foram registadas diferenças em 33 dos 38 traços. De acordo com o autor, a generalização destes resultados deve ser acautelada com base na realidade da amostra que apresentava uma configuração percentual de 89% mulheres e escassos 11% de homens (Beckwith, 1993, Archer & Loyd, 2002).

Visando demarcar-se da sempre presente influência dos estereótipos sociais sobre os conceitos de masculino e feminino, Lippa (1995) introduz o conceito de "Gender Diagnosticity" (GD) [Diagnosticidade de Género (DG) – trad. livre]. Em consonância com este conceito, uma pessoa masculina revela comportamentos masculinos quando comparada com um grupo normativo de homens e mulheres; uma pessoa feminina é alguém que revela comportamentos femininos. Na perspectiva DG, as diferenças individuais relacionadas com o género, dentro e através das categorias, são definidas com base em comportamentos que, numa dada população e num dado momento, distinguem machos e fêmeas. Lippa verificou ainda que as medidas de DG são relativamente independentes dos cinco factores da personalidade, sendo certo

que o mesmo não se poderá dizer dos conceitos de masculino e feminino das escalas *Personal Attributes Questionnaire* e *Bem Sex Role Inventory*.

Introduzidas as questões pertinentes a uma compreensão sobre relação estabelecida entre Género e Personalidade, elege-se outro campo conceptual que com este faz fronteira: A Personalidade e o Materno.

3.7 A Personalidade e o Materno

Tal como se tornará óbvio pela cronologia das citações bibliográficas seguidamente expostas, até meados da década de oitenta persistia um enorme hiato entre as variáveis "personalidade" e "materno". Só recentemente é que a psicologia conferiu ao interface personalidade-maternidade uma relação diádica merecedora de reflexão e atenção empíricas. Nesta linha, estão patentes na literatura trabalhos que abordam a relação entre a personalidade e algumas questões vinculadas ao materno.

A psicogénese da amenorreia secundária é uma área no âmbito das características ditas maternas que tem merecido a atenção da psicologia da personalidade. A inter-relação entre o distúrbio menstrual e factores psicológicos encontra-se amplamente reflectida na literatura. Convém recordar que a amenorreia de etiologia psicológica ainda é descrita através do recurso a critérios de exclusão – isto é, apenas se assume como tal (amenorreia psicogénica) em casos nos quais não foi possível identificar qualquer causa orgânica.

Reconhecendo que, em termos nosográficos, este distúrbio menstrual não raras vezes é considerado um epifenómeno da anorexia nervosa e da pseudociese, Fioroni, Facchinetti, Cerruti, Nappi e Genazzani (1990) procuraram 'trazer alguma luz' para um fenómeno (amenorreia) que mais se assemelha a uma rejeição de 'dar à luz'. Com este propósito, um grupo constituído por 52 mulheres com queixas de amenorreia secundária foi

submetido a uma aplicação do MMPI (Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota), a uma entrevista semi-estruturada e a uma avaliação neuro-endócrina. A amostra foi dividida conforme as participantes apresentavam (ou não) um acontecimento de vida agudo, relacionado temporalmente com o começo do distúrbio menstrual. A leitura dos traços da personalidade denunciada pelo perfil do MMPI indica que qualquer dos grupos apresenta alterações em todas as escalas implicadas na "área neurótica". No grupo com o Acontecimento de Vida Agudo, surgiram ainda alterações nas escalas K da correcção, assim como nas escalas de masculinidade-feminilidade. Após uma análise criteriosa, os autores admitem que os dados confirmam os postulados psicodinâmicos que defendem que a amenorreia mais não é do que uma manifestação de um processo inconsciente visando o retorno à puberdade, o apaziguamento da culpabilidade familiar e o evitamento dos papéis femininos e/ou maternos.

Outro exemplo do cruzamento das variáveis personalidade e maternidade, reside numa iniciativa que visava estudar a relação entre os traços de personalidade de mães e os níveis de prolactina e oxitocina (Uvnas-Moberg, Widstrom, Nissen et al, 1990). A operacionalização metodológica consistia na correlação entre os níveis de oxitocina e prolactina e os traços de personalidade de mulheres, no quarto dia do pós-parto. Foram observadas alterações significativas nos traços de personalidade¹⁰ de mães que amamentam, quando comparadas com um grupo de controlo de mulheres não grávidas e que não estavam a amamentar. De igual modo, registaram-se correlações positivas significativas entre prolactina e dimensões do KSP de Inibição da Agressão e Desejabilidade Social e ainda uma correlação negativa entre prolactina e Psicastenia. No que diz respeito à oxitocina, foram obtidas correlações negativas entre diferentes variáveis de Ansiedade, Agressividade e Culpabilidade.

¹⁰ Os autores utilizaram como instrumento o *Karolinska Scales of Personality (KSP)*, um questionário de auto-avaliação, aferido para a população sueca, constituído por escalas de aproximadamente 10 itens e que abordam dimensões como, Agressão, Socialização, Extroversão, Ansiedade, Impulsividade, entre outras.

Os resultados inventariados revelaram-se surpreendentes para os próprios investigadores, na medida em que o instrumento utilizado (KSP) avalia traços de personalidade que se mantêm estáveis ao longo do ciclo de vida. Em tom de desabafo referem: “A descoberta de diferenças tão evidentes entre o grupo de controlo e mulheres que amamentam constituiu uma verdadeira surpresa, tendo em conta que o teste mede traços da personalidade que supostamente se mantêm estáveis ao longo do ciclo de vida” (op cit., p. 270). Na procura de uma interpretação para os resultados registados, admite-se a possibilidade de ocorrerem na mulher alterações físicas e psíquicas de grande profundidade durante as fases reprodutivas. Pelo facto do instrumento ter sido aplicado no 4º dia do pós-parto, há que reconhecer que, em rigor, os resultados obtidos são mais reveladores do perfil da personalidade da grávida do que propriamente do perfil da mãe que amamenta. A obtenção deste último perfil requereria uma avaliação da personalidade depois de vários meses de amamentação. Por último, os autores salientam que os traços de personalidade “relacionados com a gravidez” encontrados fazem sentido do ponto de vista biológico. Ou seja, os baixos valores encontrados na “Tensão Muscular”, bem como a “Psicastenia”, revelam que a mulher se encontra ligeiramente sedada durante a gravidez. Estes dados corroboram a noção geral de que as mulheres se sentem bem durante a gravidez e que durante este período, o risco de doença física ou mental é menor.

Em suma, Uvnas-Moberg, Widstrom, Nissen et al (1990) defendem que este conjunto de dados pode ser compreendido à luz da biologia, relativamente ao comportamento materno descrito nas espécies mamíferas, particularmente nos primatas. Postulam a existência, na espécie humana, de um comportamento materno pré-definido (ainda que facilmente influenciado por variáveis cognitivas) e atribuem uma provável codificação na oxitocina e prolactina para as subtis diferenças psicológicas e comportamentais verificadas durante a gravidez.

A relação entre a personalidade materna e o sexo do bebé, assume-se como outra área em torno da personalidade e do materno que tem sido objecto de

vários estudos (Grant, 1990, 1992; James, 1992). A primeira investigadora procurou verificar se grávidas com uma personalidade dominante teriam uma maior probabilidade de gerar um filho do sexo masculino. Para efeitos de medição da personalidade, durante o primeiro trimestre da gravidez, foi construído um questionário próprio recorrendo a itens do Questionário da Personalidade de 16 Factores de Cattell (16 PF). Os resultados evidenciaram que mulheres que posteriormente deram à luz filhos do sexo masculino tinham pontuações mais elevadas nos itens de dominância, comparativamente ao que se verificara com mulheres a quem tinha nascido uma filha. Face a estes resultados, Grant defende existir uma correlação positiva entre as mulheres com traços mais dominantes e o sexo da criança (que dentro de si se está a gerar) e que tal processo pode ser explicado pelos determinantes biológicos e interpessoais da dominância. Reafirmando os resultados acima indicados, James (1992) advoga que a descoberta de Grant já foi comprovada em investigações com outras espécies, emergindo de tais investigações dados que servem de fundamento à existência, na espécie humana, de uma relação psico-neuro-endócrina entre os níveis de testosterona e os traços de personalidade de dominância social. Por último, importa salientar que Grant não se tem apenas debruçado sobre a relação acima elaborada, mas também sobre a relação entre a personalidade materna no pós-parto e o desenvolvimento psicológico da criança.

Olsen, Martin & Halverson (1999), numa investigação conduzida com uma amostra contendo duas gerações de mães (i.e., 80 pares de mães e avós), defendem que as características da personalidade materna (assim como a relação conjugal) revelam uma relação transgeracional significativa. Por seu turno, Kahn (1999) apurou que mães que exercem uma actividade profissional fora de casa apresentam traços de personalidade ditos mais masculinos (mais competitivas, independentes e determinadas), por oposição a mulheres domésticas (trabalham em casa) que revelam traços de personalidade mais femininos (mais colaborantes, expressivas e com espírito colectivo).

O domínio que contempla a relação entre a personalidade materna e variáveis como: 1) o desenvolvimento da criança; 2) o temperamento da criança e 3) as características da relação mãe-filho, assume-se actualmente como área de grande desenvolvimento no âmbito das abordagens sobre a personalidade e o materno. São disso exemplos os trabalhos de Mednick, Hocevar & Schulsinger (1996), Mengelsdorf, Gunnar, Kestenbaum et al (1991) e Kaeller & Roe (1990). Eis uma síntese dos resultados obtidos, enunciados por ordem cronológica:

Quadro 3.5: Abordagens Empíricas em torno do Contributo da Personalidade Materna sob Algumas Variáveis da Criança e da Díade

| AUTOR(ES) | INVESTIGAÇÃO |
|---|---|
| Kaeller & Roe (1990) | Resultados elevados nas escalas do MMPI de Histeria, Paranóia e Controlo Egóico associados a interacções mãe-criança avaliadas como menos favoráveis; pontuações elevadas nas escalas de feminilidade e controlo egóico correlacionadas com uma menor diferenciação vocal por parte da criança. |
| Mengelsdorf Gunnar, Kestenbaum et al (1991) | Medidas obtidas com 66 díades mãe-criança ao longo do primeiro ano de vida da criança - existência de relação significativa entre a personalidade materna, temperamento da criança e natureza da vinculação mãe-criança |
| Belsky, Rosenberger & Crnic (1995) | Defendem um modelo em que a parentalidade (estilos parentais) é influenciada directamente pela personalidade ou estrutura psicológica de cada um dos progenitores |
| Mednick, Hocevar & Schulsinger (1996) | Mães com estrutura ansiosa revelam maiores dificuldades na adaptação à criança e apresentam uma avaliação mais negativa do temperamento do filho; resultados carecem de ser analisados à luz das características maternas de coping |

Outro domínio que tem sido alvo do escrutínio dos investigadores pode ser, grosso modo, definido como as implicações para a vinculação decorrentes de mecanismos patológicos associados à personalidade materna. Afiguram-se como exemplos as abordagens que procuram avaliar os efeitos da personalidade da mãe toxicodependente sobre os processos de vinculação e desenvolvimento infantil. Em dois estudos distintos, Brook, Cohen & Tseng-Li (1995, 1996) procuraram determinar o impacto da personalidade materna de toxicodependentes sobre a tristeza (1995) e a capacidade de adaptação da criança (1996). No primeiro estudo, dedicado à influência da personalidade materna com hábitos toxicodependentes sobre os estados de tristeza em crianças de dois anos, concluiu-se que as práticas maternas (“*maternage*”) são importantes mediadoras do presumível efeito da personalidade materna sobre

a tristeza infantil. Mais ainda, pontuações baixas em escalas como “Dificuldades interpessoais”, “Ansiedade” e “Depressão” apresentaram correlações positivas com o consumo de substâncias tóxicas, logo com reflexos claros no que respeita à tristeza infantil. O segundo estudo (1996) reforça os resultados da anterior iniciativa e aponta, uma vez mais, para o potencial dos comportamentos de maternage como barreira impermeável contra os efeitos da personalidade materna sobre o funcionamento intrapsíquico infantil.

Cabral (2001), numa abordagem com base no FFM e no NEO-PI-R sobre os traços de personalidade de mulheres inférteis, verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos seguintes domínios e facetas: Hostilidade (N2), Depressão (N3), Assertividade (E3), Ideias (O5), Valores (O6), Altruísmo (A3), Confiança (A1), Conscienciosidade (C), Competência (C1), Realização (C4), Auto-disciplina (C5). Perante estas diferenças, sobressai um perfil de personalidade que caracteriza as mulheres inférteis como dinâmicas, determinadas, empreendedoras, ambiciosas, competitivas mas não hostis, perseverantes na conquista dos seus objectivos, que se sentem bem preparadas e confiantes para lidar de forma positiva com as suas vida, em especial na esfera relacional-social. Noutra iniciativa congénere, Cabeças (2000) também assinalou a existência de diferenças significativas no perfil factorial da personalidade de mulheres que sofreram uma interrupção involuntária da gravidez. Revelaram ser mulheres enérgicas, activas, dominantes, decididas, gregárias e intelectualmente curiosas. Saliente-se que o perfil apresentado por este grupo de mulheres que sofreram abortos recorrentes espelha as alterações apresentadas por Botelho & Leal (2001) com um grupo de mães prematuras, como se dará conta no ponto 3.8 “Personalidade das Mães Prematuras”.

Como se procurou desenvolver na descrição supra, vários têm sido os contributos que emergiram nos últimos anos dotando de valor acrescentado a compreensão da relação conceptual e empírica entre Personalidade e maternidade.

3.8 Personalidade das Mães Prematuras

Conforme anunciado por Botelho & Leal (2001, p. 15): “Após levantamentos bibliográficos de várias proveniências, confrontamo-nos com uma vinculação científica entre os conceitos personalidade materna e prematuridade deveras imatura”. Decorridos mais alguns anos, é-se levado a admitir que o panorama científico se mantém relativamente inalterado no que respeita às variáveis personalidade materna e prematuridade. Partindo mais uma vez rumo à compreensão deste “estado da arte”, constata-se que desde longa data os estudiosos da personalidade se têm debruçado sobre o binómio personalidade-saúde. Todavia, só recentemente a personalidade e o materno (onde se insere a prematuridade) conheceram semelhante reconhecimento. Por outro lado, é igualmente notória alguma desatenção, por parte dos investigadores da prematuridade, no que diz respeito aos factores da personalidade materna.

Relativamente ao contributo da psicologia da personalidade para a actual situação, crê-se ser lícito afirmar (conforme demonstrado na primeira metade do actual capítulo) que a panóplia descritiva de teorias da personalidade tem levado os investigadores a uma postura dita territorialista, isto é, tem obrigado investigadores e estudiosos a virarem-se para dentro dos seus próprios campos a fim de definirem as suas áreas e delimitarem as suas fronteiras. Admite-se que estas fases de ‘viragem para dentro’ não se compadecem com movimentos em sentido contrário, que permitiriam uma descentração para outros campos de estudo. Especificando, só mais recentemente, uma vez comprovadas a validade e abrangência do Modelo dos Cinco Factores, é que este domínio da personalidade se encontra disponível para fazer o interface com outros campos da psicologia.

Contudo, em prol da imparcialidade, refira-se que a escassez de material empírico produzido sobre a relação entre personalidade materna e prematuridade não se fica a dever apenas às necessidades de desenvolvimento da psicologia da personalidade. Numa breve retrospectiva, constata-se que, na área da prematuridade, a busca empírica dos factores

etiológicos tem seguido um percurso mais rectilíneo, nomeadamente na identificação dos factores orgânicos, ambientais e psicossociais. Estas opções metodológicas revelam necessariamente uma maior facilidade de recolha de dados, por oposição ao estudo de variáveis da personalidade, que requerem instrumentos cuja aplicação é morosa e porventura difícil para quem se encontra a vivenciar um processo de crise, como é o caso das mães que geraram um filho prematuro.

Perante os dados apresentados, não é de estranhar o distanciamento a que a personalidade materna e a prematuridade têm estado votadas. Deste modo, também não constituiu surpresa a verificação de que o resultado de uma extensa pesquisa bibliográfica se tenha resumido a meia dúzia de investigações especificamente subordinadas à personalidade das mulheres que sofreram um parto prematuro.

Curiosamente, a primeira tentativa que visava aprofundar a relação entre estas duas variáveis data dos anos 60 e é da autoria de Blau et al (cit. Rutter, Quine & Chesham, 1993). Baseando-se na avaliação de mães de recém-nascidos prematuros e mães de termo, no terceiro dia do pós-parto, não encontraram nenhuma estrutura de personalidade especificamente associada à prematuridade. Porém, enfatizaram que as mães prematuras são, elas próprias, imaturas, preocupadas narcisicamente com o seu corpo e que apresentam ainda perturbações do foro da identificação sexual.

Numa abordagem multivariada, composta por dois estudos isolados, o primeiro de natureza retrospectiva (mães de filhos prematuros) e o segundo de natureza prospectiva (mães de filhos prematuros e grávidas em risco de parto pré-termo mas cujo parto acabou por ser de termo), Omer, Friedlander & Palti (1986a) procuraram determinar o contributo de traços de personalidade psicopatológicos, atitudes maternas e suporte social, para a etiologia do parto prematuro. Os autores, no estudo retrospectivo, verificaram a existência de alterações significativas nos traços de personalidade, nomeadamente, maior ansiedade, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo. No segundo estudo,

apenas a variável ansiedade traço se revelou significativa, ainda que muito perto do valor de significância. Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao suporte social ou atitudes maternas. Na sequência destes resultados, os autores afirmam que “características da personalidade (tais como tendências psicopatológicas) poderão constituir-se como melhores preditores do parto prematuro do que variáveis ambientais, objectivas” (p. 563).

Revelando igualmente preocupações de cariz metodológico a respeito da natureza dos estudos retrospectivos e prospectivos sobre o parto prematuro, os autores russos Rymashevsky, Kovalenko, Volkov & Trufanova (1990) mediram traços de personalidade numa amostra de 357 grávidas (idades compreendidas entre os 28 e os 40 anos) estratificada em três grupos amostrais distintos: Grupo 1 - 96 grávidas sem risco; Grupo 2 - 134 grávidas pós-termo; Grupo 3 - 127 grávidas em risco de parto prematuro.

A avaliação dos traços da personalidade baseou-se numa variante Russa do MMPI. Os resultados obtidos revelam que, enquanto no Grupo 1 não se registaram quaisquer alterações significativas, nos grupos 2 e 3 verificou-se a existência de um padrão sindromático classificado de “psicogénico-neurótico”. Procedendo a uma análise diferencial dos dois grupos, foi possível identificar no Grupo 2 um perfil designado por “autístico-rígido” e no Grupo 3 (grávidas em risco de parto prematuro) um perfil “ansioso-fóbico”. Relativamente ao Grupo 3, os autores afirmam existir um pico nas escalas da tríade neurótica, sendo que estas escalas caracterizam as reacções neuróticas relacionadas com a insuficiência dos recursos psíquicos e físicos da personalidade, necessários à prossecução de um comportamento motivado em situação de crise. Socorrendo-se ainda dos resultados do terceiro grupo, a equipa Russa assinala uma performance muito empobrecida na escala relativa às características femininas, comprovando que mulheres em risco de parto prematuro estão hiper-sensíveis, sentindo-se indefesas e carecendo de ajuda e protecção. Segundo os autores, estes dados confirmam o quadro sintomático observado nestas grávidas aquando da sua chegada à Consulta de Gravidez de Alto Risco: instabilidade emocional, irritabilidade elevada e perturbações do sono.

Prosseguindo com a apresentação dos estudos que versam a personalidade materna e o parto prematuro, há que salientar a investigação de um conceituado grupo de autores (Cornee, Measson, Munoz & Segueilla, 1994). A hipótese em estudo partiu do *insight* clínico que admitia que grávidas em risco de parto prematuro com carácter obsessivo, tentariam controlar a sua evolução socorrendo-se das suas próprias fantasias. Grávidas com estes traços de personalidade exibiam uma forte tendência controladora, razão pela qual jamais assumiriam passivamente a sua gravidez. Consequentemente, estes investigadores levaram a cabo um estudo cujo objectivo consistia em verificar se a dimensão obsessiva exerceria um papel protector aquando da ameaça de parto prematuro.

Da vasta experiência destes autores/investigadores, o momento gravídico afigura-se como particularmente interessante, na medida em que a mulher tem, por um período de tempo, a oportunidade de reter algo dentro de si, antes de o expulsar. O prazer da retenção está associado à angústia de separação, o que pode assumir uma posição muito exacerbada se este período for vivido como um momento de separação ou perda de si própria. Se assim acontecer, num processo tão importante como a gravidez, mulheres com traços obsessivos podem não se submeter passivamente a este processo, pelo menos não sem antes exercitarem uma fantasia de controlo sobre a sua gravidez. Reside neste ponto o *insight* clínico de Cornee et al (op cit.) no que respeita à possibilidade dos traços obsessivos poderem assumir um papel protector face à ameaça de parto pré-termo. Baseando-se então na avaliação da personalidade de 351 mulheres, através de um questionário da personalidade (*Derogatis Psychological Self-Administered Questionnaire*), anotaram que a existência de traços obsessivos antes da gravidez não evidenciava nenhuma função protectora no que diz respeito ao parto ante-termo. Inversamente, a intensificação dos sintomas obsessivos durante a gravidez encontra-se associada a uma diminuição significativa na ratio do parto prematuro. É curioso constatar que esta relação se mantém significativa, mesmo quando submetida a uma correcção, tendo em consideração as mulheres que antes da gravidez já apresentavam traços obsessivos.

No escrutínio de outras dimensões da personalidade, como a somatização, fobia, ansiedade, depressão, irascibilidade e sensibilidade interpessoal, não se detectou nenhuma relação significativa com o nascimento pré-termo. Por fim, os autores salientam que os resultados da sua investigação confirmam as determinações de McDonald que, num estudo clássico de 1963, e com base no perfil psicológico de 131 grávidas, afirmava que mulheres em risco de parto prematuro respondem a situações ameaçadoras com mecanismos defensivos intelectuais ou obsessivos. Assim sendo, depreende-se da presente discussão que traços obsessivos podem constituir uma defesa reactiva a uma gravidez em risco de parto prematuro, nomeadamente nos casos de mulheres que, dispondo de uma organização preexistente não obsessiva, desenvolvem este tipo de mecanismos. Posteriormente, MacDonald (1969, cit. DeMuylder, 1990) verificou que estas grávidas apresentam alterações da personalidade, caracterizadas por um grande egocentrismo, imaturidade e narcisismo.

Numa abordagem com incidência sobre fases posteriores da maternidade, Clark, Lee et al (2000) demonstraram existir uma correlação longitudinal significativa entre a personalidade das mães (auto-avaliação) e os comportamentos parentais. Ficou ainda demonstrado o fluxo bi-direcional da relação precoce mãe-criança.

Num estudo piloto conduzido por Botelho & Leal (2001) com base no Modelo dos Cinco Factores, procedeu-se à avaliação de um grupo de 30 mães prematuras portuguesas. Os resultados obtidos revelam um perfil de personalidade caracterizado pela elevada Extroversão e baixo Neuroticismo das participantes. O perfil evidencia ainda uma estrutura assertiva, hostil, impulsiva, dotada de uma parca modéstia. Estas mães prematuras revelaram ser pouco calorosas e sentimentais, como também se encontravam menos predispostas a sentir emoções positivas. São também pouco complacentes e nada altruístas, valorizando particularmente os seus próprios sentimentos. Necessitam de estar sempre ocupadas e em actividade constante. Possuidoras de um forte sentido gregário, evitam, contudo, a estimulação excessiva. São sensíveis à estética, à beleza e às ideias, porém, esta sensibilidade não é

extensível às questões da ordem, do dever e dos valores. Possuem uma boa autodisciplina a qual nem sempre é traduzida num maior esforço de realização.

Como corolário da discussão delineada a respeito das abordagens empíricas que têm procurado descrever a personalidade da mãe prematura, resta acrescentar que, apesar da relativa escassez de material bibliográfico, os dados existentes apontam, inequivocamente, para a existência de uma ou mais relações entre as variáveis “personalidade” e “vivência física e psíquica da gravidez”, designadamente por parte de mulheres que sofreram um parto prematuro ou que se encontram em risco de vir a sofrer.

3.9 Considerações Finais

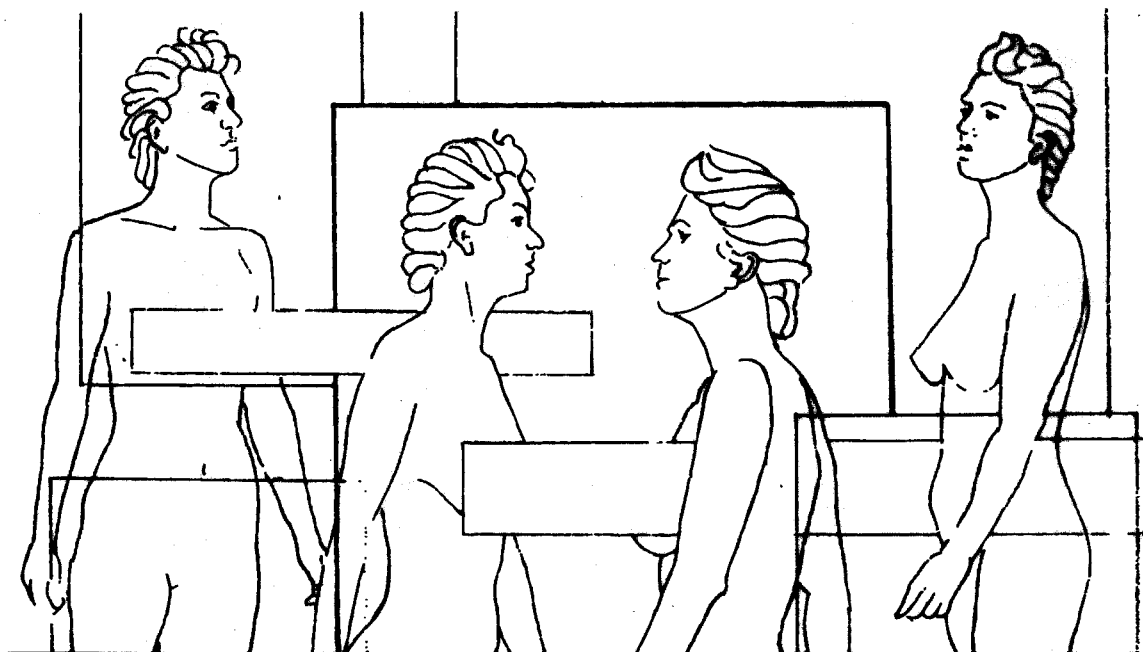
Hall e Lindzey, numa obra clássica datada de 1973 (Ed. Port., p. 20), são de opinião que: “Poucas palavras há tão fascinantes para o público como o termo personalidade”. Porém, como nos foi dado observar, a elaboração de uma definição universal, em pleno Século XXI, emerge como uma tarefa conceptual em aberto.

Tal como assinalam Paunonen & Jackson (2000, p. 821): “Poucas temáticas na psicologia contemporânea têm merecido tanto interesse teórico e científico quanto o Modelo dos Cinco Factores da Personalidade”. Enquanto perspectiva teórica sobre a personalidade, os seus promotores (McCrae & Costa, 1996, p. 7) afirmam que, contrariamente a muitas outras teorias da personalidade que jamais foram dotadas de fundamentação empírica, o mérito deste modelo tem que ser objecto de reconhecimento uma vez que se “baseia num compromisso rigoroso entre a ciência quantitativa e o pressuposto da racionalidade”. Em suma, descrevem o modelo como sendo uma versão teórica dos traços “uma concepção sobre a natureza humana baseada em conceitos populares (*folk concepts*), na filosofia ocidental e na psicologia científica pioneira de Sir Francis Galton” (op cit., p. 5).

Como se procurou clarificar, por oposição à razoável quantidade de estudos encontrados relativamente aos interfaces conceptuais anteriormente expostos (Personalidade e Saúde; Personalidade e Género e Personalidade e Materno), o interface Personalidade Materna e Prematuridade não tem conhecido semelhante desenvolvimento. A esta situação não são alheias as teorias da personalidade cujo ecletismo de conceitos, modelos e instrumentos não tem facilitado as abordagens metodológicas, permitindo, outrossim a investigação em causa própria. Por outras palavras, têm sido mais frequentes as investigações “introspectivas”, que visam a consolidação e/ou a validação de determinada teoria ou instrumento. De forma análoga, a pluralidade de instrumentos disponíveis - por vezes com fronteiras entre si muito pouco claras - em nada facilita a tarefa do investigador quanto à escolha de um instrumento. A esta dificuldade de escolha acresce a dificuldade de aplicação destes instrumentos que, não raras vezes, são longos e requerem um esforço significativo por parte do sujeito.

Porém, e em abono da verdade, afigura-se plausível que a escassez de avaliações da personalidade no âmbito da prematuridade também se pode ficar a dever ao facto de as mães prematuras ou em risco de o serem encontrarem-se em plena situação de crise. Ora, neste contexto, o quadro psicológico que se instala não se compadece com os estados de atenção e concentração, necessários ao preenchimento de um questionário da personalidade.

Numa postura de isenção, cabe também uma referência relativamente à prematuridade e àquilo que constitui a construção desta área do saber. A descoberta científica em torno da prematuridade acolheu um processo de pesquisa de “baixo para cima”. A natureza deste tipo de abordagem pode ser traduzida também por “do geral para o específico”, ou do ‘acessível e imediatamente observável’ para o ‘menos acessível e menos facilmente observável’. Admite-se que, nas primeiras etapas de investigação, ditas mais generalistas, foram contempladas as variáveis que se apresentavam como imediatamente acessíveis (e.g. os comportamentos maternos face ao nascimento do bebé prematuro; as características psico-fisiológicas do recém-nascido pré-termo; a relação mãe-criança prematura e os factores etiológicos de índole orgânica, psicossocial e ambiental).



CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

4.1 Natureza do Estudo

Uma vez que não se pretende intervir junto dos sujeitos, o presente estudo é exploratório e alicerça-se num desenho de investigação do tipo descritivo. É ainda de natureza transversal na medida em que se pretende “explicar os resultados obtidos através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento” (Ribeiro, 1999; p. 42). O cariz retrospectivo reporta-se ao facto dos sujeitos seleccionados para a amostra serem mães de crianças prematuras e não, por exemplo, grávidas em risco de ter um bebé nascido prematuramente. Na realidade, esta investigação incorre num desenho que é característico da investigação em prematuridade e que tem merecido algumas críticas por parte da comunidade científica, na medida que não contempla uma abordagem prospectiva. Para o fazer, tal como acima se indicou, ter-se-ia que considerar a população de grávidas em risco de parto prematuro e não somente aquelas que já foram mães. No entanto, face à presente questão de investigação e que consiste na avaliação da dimensão traço (“perfil factorial da personalidade”), leia-se, a dimensão estável da personalidade, a questão do estudo ser prospectivo ou retrospectivo fica desta forma sanada. Tratando-se de traços de personalidade, estando empiricamente comprovado que estes se perpetuam no tempo, é naturalmente expectável que uma medida antes de um parto prematuro seja em tudo idêntica a uma medida após o parto.

Esta questão poderia ainda merecer o reparo de que o parto prematuro é um acontecimento de vida reconhecido na literatura como uma situação de crise. É também sabido que a vivência de um acontecimento de vida crítico pode espelhar algumas alterações em termos do perfil factorial da personalidade medido durante essa etapa de vida. Porém, na suposição de que o parto prematuro se reveste de uma vivência de crise, não menos verdade é o facto de uma gravidez de risco ser igualmente vivida como situação de crise, esbatendo uma possível alteração em termos do “antes” e do “depois” do parto prematuro.

Tendo presente a dimensão da amostra e o número de variáveis que se pretende identificar, admite-se que a investigação se reveste de um cariz epidemiológico, na medida em que se pretende inventariar factores associados ao parto prematuro, embora, em rigor, o levantamento epidemiológico não constitua um enfoque principal (e, sim secundário) da metodologia de investigação. Para concluir, refira-se que a presente iniciativa científica conta com um desenho de investigação exploratório, observacional, descritivo e de comparação entre grupos, obedecendo ainda a uma leitura temporal retrospectiva e transversal.

4.2 Objectivos Específicos

Tratando-se de um estudo observacional em que se pretende a exploração minuciosa da realidade, sem a alterar, não se justifica a formulação de hipóteses que *strictu sensu* contemplem a operacionalização de variáveis. Este é, de resto, um denominador comum em relação a muitas iniciativas de investigação conduzidas no âmbito da Psicologia da Saúde. Desta forma, o principal objectivo da investigação consiste em identificar o perfil factorial da personalidade de mães prematuras. Pretendia-se fazê-lo com recurso a uma amostra de dimensão relevante (do ponto de vista estatístico) a fim de possibilitar a extrapolação e generalização dos resultados obtidos.

Num segundo plano, e também decorrente do objectivo principal atrás enunciado, o desenho de investigação assentou nos seguintes objectivos específicos:

1. Descrever o perfil factorial da personalidade de mães prematuras.
2. Comparar o perfil factorial da personalidade de mães prematuras com os valores normativos para a população portuguesa.
3. Estabelecer combinações de domínios (Plano Afectivo; Plano Interpessoal, Padrões de Actividade; Estudo das Atitudes; Dimensões Básicas do Carácter) a fim de complementar o perfil factorial da personalidade da amostra.

4. Comparar o perfil factorial da personalidade em função de variáveis demográficas.
5. Comparar o perfil factorial da personalidade em função de variáveis clínicas.
6. Efectuar estudos correlacionais entre variáveis psicológicas, variáveis demográficas e variáveis clínicas.

Urge salientar em jeito de comentário final que, muito embora não se tivesse constituído como propósito da investigação inscrever objectivos formais e operacionalizados na matriz metodológica, procurava-se atingir as metas acima propostas com base numa amostra de dimensão assinalável.

4.3 Variáveis

Na totalidade, oitenta e quatro (84) variáveis de natureza nominal, ordinal e intervalar encontram-se sob escrutínio neste estudo. Este conjunto generalista é abarcado em três grupos distintos e mutuamente exclusivos de variáveis: 1) Variáveis Demográficas (14); 2) Variáveis Clínicas (35) e 3) Variáveis Psicológicas (35). Por razões que se prendem com o cariz da investigação são em maior número as variáveis clínicas e psicológicas (representam 70 das 84 variáveis – 83,33%) do que as demográficas (14 variáveis – 16,67% do total de variáveis). Relativamente à não-replicação de variáveis acima reportadas, constitui apenas excepção a variável VB2 - “Raça Materna” que integra a categoria de Variáveis Demográficas e, simultaneamente, pelo seu relevo para a etiologia da prematuridade, integra também a categoria de Variáveis Clínicas. Por esta razão, embora sejam contempladas 15 variáveis de teor demográfico e 35 de teor clínico, reside aqui a única duplicação. Acresce ainda referir que tanto as variáveis demográficas como as variáveis clínicas provêm do questionário de caracterização da amostra. As variáveis psicológicas estão inscritas e decorrem do segundo instrumento, o NEO-PI-R.

Dada sua natureza, as variáveis demográficas serão objecto de exposição no actual capítulo tornando exequível a caracterização das participantes neste

domínio. Por outro lado, e tendo presente o teor das variáveis clínicas e psicológicas, estas serão aprofundadas no capítulo seguinte facultando uma descrição das participantes nos dois grandes quadrantes: a prematuridade e a personalidade. Contudo, antes de mais, importa pormenorizar as variáveis que integram estes três conjuntos.

4.3.1 Variáveis Demográficas:

As Variáveis Demográficas permitem a caracterização da amostra nesta vertente. Encontram-se quinze (15) variáveis neste subconjunto, integrando por exemplo, VB4 - “Habilitações literárias maternas”, VC3 – “Profissão paterna”, VB24a – “Concelho da área de residência”, VD2 – “Rendimento familiar”, entre outras. A título ilustrativo apresenta-se Quadro 4.1:

Quadro 4.1: Listagem do Número, Codificação, Identificação e Natureza das Variáveis Demográficas

| DA VARIÁVEL | IDENTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | NATUREZA DA VARIÁVEL |
|-------------|--|----------------------|
| VA1 | Data de nascimento da criança prematura | Intervalar |
| VA1a | Idade da criança prematura à data da avaliação | Intervalar |
| VB1 | Data de nascimento materna | Intervalar |
| VB1b | Idade materna à data da avaliação | Intervalar |
| VB2 | Raça materna | Nominal |
| VB3 | Estado civil | Nominal |
| VB4 | Habilitações literárias maternas | Nominal |
| VB5 | Profissão materna | Nominal |
| VB23 | Coabitação | Nominal |
| VB24a | Concelho da área de residência | Nominal |
| VB24b | Freguesia da área de residência | Nominal |
| VC2 | Habilitações literárias paternas | Nominal |
| VC3 | Profissão paterna | Nominal |
| VD1 | Rendimento pessoal | Nominal |
| VD2 | Rendimento familiar | Nominal |

A eleição destas variáveis privilegiou a descrição sumária da realidade demográfica das mulheres que integraram a amostra.

4.3.2 Variáveis clínicas

Pela sua natureza, as Variáveis Clínicas têm como principal enfoque a operacionalização dos dados pertinentes à prematuridade, seus critérios definidores, factores etiológicos etc., quer no espectro dos dados que dizem respeito aos recém-nascidos, quer no espectro dos dados maternos. Constituem exemplos: VA3 - “Peso à nascença”; VA4 - “Tempo de gestação”; VA13 - “Acontecimento de vida traumatizante durante a gravidez”. Com vista a uma maior clarificação, há que tecer um comentário sucinto a propósito da variável VA4 – “Lugar na fratria/Paridade”. Com efeito, esta variável desdobra-se em duas fontes de informação, tendo sido concebida com o propósito de facultar informação não só sobre o lugar da criança prematura na fratria, como também informação sobre a paridade materna.

No quadro que se segue apresenta-se um sumário das trinta e cinco (35) variáveis clínicas:

Quadro 4.2: Listagem do Número, Codificação, Identificação e Natureza das Variáveis Clínicas

| NÚMERO | CODIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | IDENTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | NATUREZA DA VARIÁVEL |
|--------|-------------------------|---|----------------------|
| 1. | VA2 | Tempo de gestação | Intervalar |
| 2. | VA3 | Peso à nascença | Intervalar |
| 3. | VA4 | Lugar na fratria; Paridade materna | Nominal |
| 4. | VB1 | Data de nascimento materna | Intervalar |
| 5. | VB1a | Idade materna à data do nascimento do filho pré-termo | Ordinal |
| 6. | VB2 | Raça materna | Nominal |
| 7. | VB6 | Actividade profissional durante gravidez | Nominal |
| 8. | VB6a | Natureza da actividade exercida | Nominal |
| 9. | VB7 | Considerada gravidez de risco desde o início | Nominal |
| 10. | VB7a | Justificação para diagnóstico de risco inicial | Nominal |
| 11. | VB8 | Existência de períodos de repouso absoluto | Nominal |
| | VB8a | Semanas de gestação (de repouso absoluto) | Intervalar |
| | VB9 | Outros filhos nascidos prematuramente | Nominal |
| | VB9a | Numero de filhos nascidos prematuramente | Intervalar |
| | VB10 | Tentativa de Interrupção voluntária da gravidez (IVG) | Nominal |
| | VB10a | Semanas de gestação aquando da IVG | Intervalar |
| | VB11 | Existência de problemas ginecológicos durante a gravidez | Nominal |
| | VB11 | Natureza dos problemas ginecológicos verificados durante gravidez | Nominal |
| | VB12 | Incidente traumático durante gravidez | Nominal |
| | VB12a | Natureza do incidente traumático | Nominal |
| | VB13 | Acontecimento de vida traumatizante durante gravidez | Nominal |
| | VB13a | Natureza do acontecimento de vida traumatizante | Nominal |
| | VB14 | Doença crónica materna anterior à gravidez | Nominal |
| | VB14a | Natureza da doença crónica materna | Nominal |
| | VB15 | Hábitos tabágicos durante a gravidez | Nominal |
| | VB15a | Número de cigarros por dia | Intervalar |
| | VB16 | Consumo de substâncias tóxicas durante gravidez | Nominal |
| | VB16a | Natureza de substância tóxica consumida | Nominal |
| | VB16b | Consumo diário | Intervalar |
| | VB17 | Número de refeições por dia | Intervalar |
| | VB18 | Gravidez planeada | Nominal |
| | VB19 | Gravidez desejada | Nominal |
| | VB20 | Gravidez vigiada | Nominal |
| | VB20a | Mês de gestação em que vigilância foi iniciada | Intervalar |
| | VB22 | Tipo de parto | Nominal |

Estas variáveis conhecerão uma descrição detalhada, visto enquadrarem um dos instrumentos de avaliação, o NEO-PI-R, que será abordado no ponto 4.4.2 do actual capítulo.

4.3.3 Variáveis Psicológicas

Por último, as Variáveis Psicológicas que permitem elaborar o perfil personológico, ou seja, o perfil factorial da personalidade, decorrem do NEO-PI-R e totalizam um conjunto de trinta e cinco variáveis. Assumem naturalmente as trinta facetas e cinco domínios que resultam da cotação deste instrumento.

Quadro 4.3: Listagem do Número, Codificação, Identificação e Natureza das Variáveis Psicológicas

| NÚMERO | CODIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | IDENTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | NATUREZA DA VARIÁVEL |
|--------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. | VN | NEUROTICISMO | |
| 2. | VN1 | Ansiedade | Intervalar |
| 3. | VN2 | Hostilidade | Intervalar |
| 4. | VN3 | Depressão | Intervalar |
| 5. | VN4 | Auto-consciência | Intervalar |
| 6. | VN5 | Impulsividade | Intervalar |
| 7. | VN6 | Vulnerabilidade | Intervalar |
| 8. | VE | EXTROVERSÃO | Intervalar |
| 9. | VE1 | Caloroso | Intervalar |
| 10. | VE2 | Gregariedade | Intervalar |
| 11. | VE3 | Assertividade | Intervalar |
| 12. | VE4 | Actividade | Intervalar |
| 13. | VE5 | Procura Excitação | Intervalar |
| 14. | VE6 | Emoções Positivas | Intervalar |
| 15. | VO | ABERTURA EXPERIÊNCIA | Intervalar |
| 16. | VO1 | Fantasia | Intervalar |
| 17. | VO2 | Estética | Intervalar |
| 18. | VO3 | Sentimentos | Intervalar |
| 19. | VO4 | Acções | Intervalar |
| 20. | VO5 | Ideias | Intervalar |
| | VO6 | Valores | Intervalar |
| | VA | AMABILIDADE | Intervalar |
| | VA1 | Confiança | Intervalar |
| | VA2 | Rectidão | Intervalar |
| 25. | VA3 | Altruísmo | Intervalar |
| 26. | VA4 | Complacência | Intervalar |
| 27. | VA5 | Modéstia | Intervalar |
| 28. | VA6 | Sentimental | Intervalar |
| 29. | VC | CONSCIENCIOSIDADE | Intervalar |
| | VC1 | Competência | Intervalar |
| | VC2 | Ordem | Intervalar |
| 32. | VC3 | Dever | Intervalar |
| 33. | VC4 | Realização | Intervalar |
| 34. | VC5 | Auto-disciplina | Intervalar |
| | VC6 | Deliberação | Intervalar |

Com vista a uma visão holística da totalidade das variáveis em estudo, veja-se Anexo B, “Listagem completa das variáveis demográficas, clínicas e psicológicas”. Todavia, importa agora versar o material que preconiza o levantamento do conjunto de variáveis explanadas.

4.4 Material

A avaliação da personalidade tem tradicionalmente obedecido a duas abordagens, uma primeira cujo objectivo consiste na avaliação da totalidade da personalidade e uma segunda que, habitualmente, procura avaliar aspectos específicos. Assim, nesta área do saber pode-se comprovar a existência de: a) testes ou inventários que avaliam as dimensões básicas estruturais e dificilmente mutáveis; b) que avaliam a relação do sujeito com o meio ou c) que avaliam dimensões flutuantes ou mutáveis, ou seja, estados de personalidade (Ribeiro, 1999).

Em estreita concordância com o acima referido e tendo presente o objectivo geral de investigação (a medida das dimensões básicas da personalidade das mães prematuras, isto é, o perfil factorial da personalidade), foi adoptado como primeiro instrumento, o Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R).

O Questionário de Caracterização da Amostra, segundo instrumento desta investigação, foi construído de raiz, numa óptica de recolha de dados de cariz demográfico e etiológico. O questionário em apreço foi destinado a reunir um extenso conjunto de dados sobre as participantes, seus filhos prematuros, seu parceiro e ainda uma breve resenha sobre a categorização financeira do agregado familiar, como se poderá comprovar no ponto sub-capítulo seguinte.

4.4.1 Questionário de Caracterização da Amostra

O Questionário de Caracterização da Amostra (cfr. Anexo D) foi construído com vista a uma detalhada descrição das variáveis clínicas e demográficas da amostra. Conheceu o seu desenvolvimento e estruturação de acordo com os

critérios constantes da literatura sobre a etiologia e dados epidemiológicos em torno da prematuridade. Após vários levantamentos, conforme explicitado no capítulo que versa sobre a matéria referida (Capítulo II), procurou-se inventariar os factores orgânicos e/ou sociais constantes da literatura sobre a etiologia do parto pré-termo. Neste instrumento não foram contemplados os factores de índole psicológica, uma vez que o levantamento das variáveis psicológicas (personológicas) seria levado a cabo pelo NEO-PI-R.

Assim e tal como atrás referido, este instrumento foi configurado nos factores de teor demográfico e outros factores de teor etiológico identificados pela literatura. Obedecendo a uma organização modular, foi concebido com base em 33 itens distribuídos por quatro eixos de informação:

- Eixo 1: Dados para a caracterização da criança prematura
- Eixo 2: Dados para a caracterização da figura materna
- Eixo 3: Dados para a caracterização da figura paterna
- Eixo 4: Dados para a caracterização do rendimento familiar

O primeiro eixo procurou circunscrever a informação referente à criança prematura, de modo a aferir não só os índices de prematuridade (Variável “Idade Gestacional” [VA2] e Variável “Peso à Nascimento [VA3]), como também, determinar a sua idade à data da avaliação da mãe (Variável Data de Nascimento [VA1]) e o lugar que ocupava na Fratria (VA4). Como atrás se deu conta, esta última variável permitia igualmente determinar a paridade materna, averiguando-se junto da mãe se tinha tido mais alguns filhos para além dos referidos nesse item. Em suma, o eixo de informação pertinente à caracterização da criança nascida prematuramente centrava-se em apenas 4 itens de resposta aberta, dois dos quais se desdobravam em perguntas secundárias.

A componente dominante do teor do questionário circunscrevia-se no segundo eixo e baseava-se em variáveis de cariz materno. Um total de 24 itens do questionário procuravam determinar as correspondentes variáveis clínicas e demográficas, desdobrando-se estes vinte e quatro itens, em 40 perguntas. A

razão desta duplicação na ratio itens/perguntas prende-se com a necessidade de clarificação da informação respondida, aquando de uma resposta afirmativa. A título de exemplo, encontra-se a variável VB12: [Item 12: Verificou-se algum incidente traumático durante a gravidez?; Item 12.1 Se respondeu afirmativamente, especificar_____].

Conforme se poderá constatar pelo quadro infra, o eixo materno do questionário de caracterização da amostra procurava listar um largo conjunto de variáveis referentes aos factores etiológicos da prematuridade. Para um esclarecimento pleno do conjunto de itens e variáveis maternas, observe-se a estrutura detalhada deste eixo referente aos itens, seu conteúdo, natureza da variável e natureza da pergunta constantes do Quadro 4.4.

Quadro 4.4: Itens, Conteúdo, Natureza da Pergunta e Natureza das Variáveis Constantes do Questionário de Caracterização da Amostra

| ITEM | CONTEÚDO | NATUREZA DA VARIÁVEL | NATUREZA DA PERGUNTA |
|------|---|--------------------------------|----------------------|
| 1 | Data de Nascimento | VB1 (v. demográfica) | Quantificação |
| 1.1 | Idade à data do nascimento do filho prematuro | VB1a (v. clínica) | Quantificação |
| 1.2 | Idade à data da avaliação | VB1b (v. clínica) | Quantificação |
| 2 | Raça Materna | VB2 (v. demográfica e clínica) | Pergunta fechada |
| 3 | Estado Civil | VB3 (v. demográfica) | Pergunta fechada |
| 4 | Habilitações Literárias | VB4 (v. demográfica) | Quantificação |
| 5 | Profissão | VB5 (v. demográfica) | Pergunta aberta |
| 6 | Exercício profissional durante gravidez | VB6 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 6.1 | Natureza do trabalho praticado | VB6a (v. clínica) | Pergunta aberta |
| 7 | Gravidez de risco desde o início | VB7 (v. clínica) | Pergunta fechada* |
| 7.1 | Justificação | | Pergunta aberta |
| 8 | Existência de repouso absoluto durante gravidez | VB8 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 8.1 | Idade de gestação | VB8a (v. clínica) | Quantificação |
| 8.2 | Duração do internamento | VB8b (v. clínica) | Quantificação |
| 9 | Outros filhos Prematuros | VB9 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 9.1 | Número de filhos | VB9a (v. clínica) | Quantificação |
| 10 | Tentativa de IVG | VB10 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 10.1 | Tempo de gestação | VB10a (v. clínica) | Quantificação |
| 11 | Problemas ginecológicos durante a gravidez | VB11 (v. clínica) | Pergunta fechada* |
| 11.1 | Especificação | VB11a (v. clínica) | Pergunta aberta |
| | Incidente traumático durante a gravidez | VB12 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 12.1 | Especificação | VB12a (v. clínica) | Pergunta aberta |
| 13 | Acontecimento de vida traumatizante | VB13 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 13.1 | Especificação | VB13a (v. clínica) | Pergunta aberta |
| 14 | Doença crónica anterior à gravidez | VB14 (v. clínica) | Pergunta fechada* |
| 14.1 | Especificação | VB14a (v. clínica) | Pergunta aberta |
| 15 | Hábitos tabágicos gravidez | VB15 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 15.1 | Consumo diário | VB15a (v. clínica) | Quantificação |
| 16 | Consumo de substâncias tóxicas | VB16 (v. clínica) | Pergunta fechada* |
| 16.1 | Alcool; droga; fármacos | VB16a (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 16.2 | Consumo diário | VB16a (v. clínica) | Quantificação |
| 17 | Hábitos alimentares | VB17 (v. clínica) | Quantificação |
| 18 | Gravidez planeada | VB18 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 19 | Gravidez desejada | VB19 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 20 | Gravidez vigiada | VB 20 (v. clínica) | Pergunta fechada* |
| 20.1 | A partir de que mês de gestação | VB 20 (v. clínica) | Quantificação |
| 21 | Causa orgânica para nascimento prematuro | VB 21 (v. clínica) | Pergunta aberta |
| 22 | Tipo de parto | VB 22 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 23 | Coabitação | VB 23 (v. clínica) | Pergunta fechada |
| 24.1 | Concelho de residência | VB24a (v. demográfica) | Pergunta aberta |
| 24.2 | Freguesia de residência | VB24b (v. demográfica) | Pergunta aberta |

* respostas objecto de contraprova obrigatória através de processo clínico/hospitalar

O terceiro eixo do questionário cingia-se a uma recolha sucinta de dados referentes ao parceiro/cônjuge da participante. Apenas três perguntas

pretendiam registar os dados sobre a figura paterna, abrangendo as variáveis “Idade paterna” (VC1), “Habilitações Literárias” (VC2) e “Profissão” (VC3). Esta selecção de variáveis destinava-se única e exclusivamente a corresponder a critérios de caracterização demográfica.

Igualmente numa óptica de caracterização demográfica, no último eixo de informação inscreviam-se, mediante pergunta, os dados sobre o “Rendimento Pessoal Bruto” (VD1) e o “Rendimento Familiar Bruto” (VD2). Estes dados remetiam para o salário auferido mensalmente em euros, pela própria (VD1) e em conjunto com o parceiro (VD2). Após o preenchimento destes valores encontrava-se concluído o quarto eixo de informação e, naturalmente, encontrava-se preenchido o Questionário de Caracterização da Amostra propriamente dito. Uma vez reunida a informação referente às variáveis do questionário, cessava a entrevista semi-directiva, terminando-se desta forma o primeiro momento de avaliação. Todavia, logo de seguida, dava-se início à aplicação do NEO-PI-R.

4.4.2 Inventário da Personalidade NEO - Revisto

Recapitulando o referido no Capítulo IV, o Inventário da Personalidade NEO-Revisto (NEO-PI-R) é um instrumento concebido para medir as cinco principais dimensões da personalidade. Sob o auspício dos seus autores, Costa e McCrae, ao longo de mais de duas décadas de história, tem sido objecto de um constante e rigoroso desenvolvimento que se poderá enquadrar em três momentos distintos.

Numa brevíssima descrição do historial de construção e desenvolvimento do NEO-PI-R, refira-se, antes de mais, que se trata de um instrumento datado de 1978. Nessa época era designado de “Inventário NEO”, uma vez que o seu propósito consistia em avaliar apenas as dimensões de: Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência. Baseava-se em 18 escalas que, no seu conjunto, englobavam 144 itens. Posteriormente, e em consonância com os desenvolvimentos teórico-conceptuais do Modelo dos Cinco Factores, foram

adicionadas mais duas escalas para avaliar as dimensões de Amabilidade e Conscienciosidade, assistindo-se desta forma à construção plena de um inventário da personalidade integralmente sustentado no FFM. Em 1985, sete anos após a sua construção, é publicado o então intitulado, Inventário da Personalidade NEO (NEO-PI), constituído por 181 itens (acrescidos mais 37 itens). Num novo ciclo de sete anos e numa vaga de aperfeiçoamento, em 1992 este instrumento conhece mais uma revisão, configurando e formatando o inventário como é hoje conhecido. Estas formatações, traduziram-se num acréscimo no número de itens (240 no total) e na consagração do Inventário da Personalidade NEO-Revisto (NEO-PI-R), dotado de validade convergente e discriminante das escalas e facetas (McCrae & Costa, 1992).

Quadro 4.5: Breve Resenha Histórica sobre a Construção e Desenvolvimento do NEO-PI-R (Costa & McCrae, 2000, cit. Manual Edição Portuguesa NEO-PI-R)

| DATA | DESIGNAÇÃO | DIMENSÕES DAS FACETAS | Nº DE ITENS |
|-----------|------------|-----------------------|-------------|
| 1978 | NEO | NEO | 144 |
| 1983/1985 | NEO-PI | NEOAC | 181 |
| 1990/1992 | NEO-PI-R | NEOAC | 240 |

Actualmente, o Inventário NEO-PI-R (cfr. Caderno NEO-PI-R - Anexo E e, Folha de Resposta – Anexo F) é constituído por cinco escalas, correspondendo cada uma a um dos cinco domínios da personalidade: Neuroticismo; Extroversão; Abertura à Experiência; Amabilidade e Conscienciosidade. Cada domínio é constituído por seis facetas, elevando a trinta o número de escalas específicas que integram o NEO-PI-R. Cada escala é constituída por 8 itens, elevando-se a 240 o número total de itens que constituem o NEO-PI-R. Estes são apresentados sob forma de afirmação, relativamente à qual o sujeito se tem que posicionar. Para o efeito, dispõe de uma escala de Likert com cinco opções de resposta e com a configuração que a seguir se apresenta: Discordo Fortemente; Discordo; Neutro; Concordo; Concordo Fortemente.

Numa primeira análise, a estrutura deste inventário pode ser descrita gráfica e resumidamente do seguinte modo:

Quadro 4.6: Domínios e Facetas que Integram o NEO-PI-R (Adaptado de Lima, 1997, p. 172)

| | |
|-----------------------|--|
| | |
| NEUROTICISMO (N) | N1: Ansiedade N2: Hostilidade N3: Depressão N4: Auto-consciência N5: Impulsividade N6: Vulnerabilidade |
| EXTROVERSÃO (E) | E1: Acolhimento caloroso E2: Gregariedade E3: Assertividade E4: Actividade E5: Procura de Excitação E6: Emoções Positivas |
| ABERTURA (O) | O1: Fantasia O2: Estética O3: Sentimentos O4: Acções O5: Ideias O6: Valores |
| AMABILIDADE (A) | A1: Confiança A2: Rectidão A3: Altruísmo A4: Complacência A5: Modéstia A6: Sensibilidade |
| CONSCIENCIOSIDADE (C) | C1: Competência C2: Ordem C3: Dever C4: Esforço de Realização C5: Auto-Disciplina C6: Deliberação |

Cientes da sua estrutura, importa agora proceder a uma descrição mais detalhada de cada domínio (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) e das respectivas escalas/ facetas que os integram (Lima, 1997,1999).

NEUROTICISMO (N)

Esta escala centra a sua avaliação na adaptação versus instabilidade emocional do sujeito. Consequentemente, valores elevados identificam

indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, hipocondríacos, com tendência para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivos e respostas de coping desadequadas.

As medidas de Neuroticismo estão correlacionadas com o stress, assim como com a baixa satisfação sexual – os sujeitos com valores elevados nas facetas de Depressão e Auto-consciência, evitam o contacto sexual, têm consequentemente, menos experiências neste foro e uma visão mais conservadora e restritiva sobre a sexualidade.

Uma baixa pontuação em N reflecte estabilidade emocional. Tratam-se, habitualmente, de sujeitos calmos, com humor constante, relaxados, seguros, com auto-satisfação, revelando-se capazes de fazer face a situações de tensão sem ficarem transtornados.

As facetas do Neuroticismo incluem:

Ansiedade (N1)

Os sujeitos ansiosos são: apreensivos, tensos, medrosos e preocupados. Mesmo que a presente escala não contemple a medida de fobias específicas, os sujeitos com pontuações elevadas neste traço têm tendência a ser fóbicos. De modo contrário, uma baixa pontuação está associada a sujeitos calmos, relaxados, estáveis, menos medrosos e sem tendência para empreender naquilo que pode correr mal.

Hostilidade (N2)

Os sujeitos hostis manifestam uma tendência para experienciar a raiva, a frustração e a amargura, revelando um temperamento “quente” que se exprime muitas vezes por um estado de frustração ou zanga. É frequente um sujeito apresentar valores elevados nesta escala e, simultaneamente, valores baixos na escala da Amabilidade. Por oposição, os sujeitos com N2 baixo são amigáveis, têm um temperamento mais moderado e dificilmente se ofendem ou se zangam.

Depressão (N3)

Esta faceta está concebida para a avaliação das diferenças ajustadas no vivenciar do afecto depressivo. Dito de outro modo, não tem qualquer fundamento de cariz psicopatológico.

Um valor de N3 elevado remete para sujeitos com pouca esperança, tristes, melancólicos, sozinhos, desesperados e com graus elevados de culpabilidade. Em clara oposição, um valor N3 baixo é indicativo de indivíduos confiantes, para quem a vida faz sentido e vale a pena e que raramente experimentam as sensações de depressividade acima descritas. Porém, não se quer com isto dizer que os sujeitos com baixo N3 serão alegres e despreocupados, uma vez que estas são características inerentes à extroversão, como adiante se poderá observar.

Auto-Consciência (N4)

“As emoções de vergonha e embaraço formam o núcleo desta faceta” (Lima, 1997, p. 181). Um resultado elevado nesta escala remete para sujeitos que se sentem pouco à vontade junto dos seus congéneres. São sensíveis ao ridículo, têm tendência para se sentirem inferiores, envergonhados, tímidos e são afrontados por ansiedade social. Um baixo valor nesta escala é revelador de pessoas com comportamentos socialmente adequados. Possuidores de uma maior segurança, sentem-se plenamente à vontade em situações sociais.

Impulsividade (N5)

Cabe advertir que a impulsividade avaliada pela presente escala não deverá ser confundida com a espontaneidade, a decisão rápida e a capacidade de arriscar. Estas últimas serão objecto de menção mais adiante.

Esta faceta remete para a incapacidade de controlar e resistir às tentações. Os desejos de comida, cigarros e propriedade são tão fortes que o sujeito não lhes consegue resistir, mesmo que posteriormente se possa arrepender de tal impulsividade – assim se passa com os sujeitos que apresentam resultados dilatados nesta faceta. Inversamente, um baixo desempenho, é revelador de

peessoas que possuem uma maior tolerância à frustração e resistem com mais facilidade às tendências acima enunciadas.

Vulnerabilidade (N6)

Quando confrontados com situações de emergência, os sujeitos que, à luz desta escala, se revelam vulneráveis, prontamente se enervam e entram em pânico. Ou seja, são manifestamente incapazes de lidar com a tensão e tornam-se facilmente dependentes. Um baixo valor na escala N6 é geralmente indicador de pessoas que conseguem “manter a cabeça fria”, são competentes e resistentes, logo que lidam melhor com situações difíceis.

EXTROVERSÃO (E)

A extroversão traduz a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Consequentemente, as pessoas extrovertidas são sociáveis, afirmativas, optimistas, amantes da diversão, afectuosas, activas, alegres e conversadoras. De forma contrária, uma pessoa introvertida é na sua essência reservada, menos exuberante, sóbria, distante, com um ritmo de vida mais calmo, tímida e silenciosa. É igualmente mais orientada para a tarefa e independente nas suas tomadas de decisão.

Por sua vez, os extrovertidos encaram as situações competitivas mais favoravelmente do que os introvertidos, enquanto que preferem tendencialmente situações cooperativas.

De acordo com Lima (1997, p. 183), citando os autores do NEO-PI-R, tanto a masculinidade como a feminilidade encontram-se relacionadas com este domínio. Todavia, associam-se a facetas diferentes, isto é “a masculinidade associa-se a facetas mais activas e dominantes e a feminilidade encontra-se associada a facetas afiliativas, emocionais e vinculativas”. Incluídas neste domínio estão as seguintes facetas:

Acolhimento Caloroso (E1)

Relativamente à intimidade interpessoal, o Acolhimento é a faceta de E de maior relevância. Verifica-se também a este nível uma estreita relação com a dimensão de Amabilidade. As pessoas calorosas são amigáveis, conversadoras e afectuosas, gostam verdadeiramente dos outros e estabelecem laços estreitos com eles. Pontuações baixas são habitualmente reveladoras de pessoas mais formais, distantes e frias.

Gregariedade (E2)

O indivíduo gregário, ou com pontuação elevada em E2, gosta de conviver, tem muitos amigos e procura naturalmente o contacto social. De modo oposto, uma baixa pontuação em E2 estará associada a sujeitos solitários, que evitam multidões e preferem estar sozinhos.

Assertividade (E3)

Os sujeitos assertivos são dominantes, revelam ter ascendência social e força de vontade. Para além do mais, são pessoas confiantes e decididas. Estes indivíduos falam sem hesitações e assumem, com facilidade, posições de líderes de opinião. Dos indivíduos menos assertivos espera-se uma conduta mais reservada e evitam a auto-afirmação. Preferem não dar nas vistas, postura que assumem ao deixar os outros falar.

Actividade (E4)

Níveis mais elevados de actividade correspondem a pessoas enérgicas, com ritmo rápido e vigoroso e que necessitam de estar ocupadas. O reverso da medalha não é indicativo de indivíduos preguiçosos, mas sim de sujeitos que não têm pressa e que são mais vagarosos.

Procura de Excitação (E5)

Num dos extremos desta escala, temos sujeitos que procuram estimulações fortes, aceitam riscos e gostam de ambientes ruidosos e de cores coloridas. No outro extremo, situam-se os indivíduos que evitam a sobre-estimulação, são

Emoções Positivas (E6)

Esta é a faceta de E mais relacionada com a satisfação com a vida.

Elevadas pontuações são reveladoras de sujeitos alegres, espirituosos e divertidos. Estes mesmos sujeitos terão tendência a experienciar emoções positivas, tais como a alegria, a felicidade e o amor. Os indivíduos com baixa pontuação, não sendo propriamente infelizes, são menos exuberantes, pouco entusiastas, plácidos e sérios.

ABERTURA À EXPERIÊNCIA (O)

São considerados como componentes do domínio Abertura à Experiência, a fantasia ou imaginação activa, a sensibilidade estética, a amplitude dos sentimentos, a abertura a ideias ou a curiosidade intelectual e o juízo independente ou liberal. Globalmente, este domínio traduz a procura proactiva, a apreciação da experiência, por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar.

Os indivíduos abertos à experiência são curiosos, criativos, originais, imaginativos, têm uma grande diversidade de interesses, são pouco convencionais e tradicionais, facilmente põem em causa a autoridade e optam por novas ideias sociais, políticas e/ou éticas. Contrariamente, os sujeitos com baixa pontuação em O, terão manifestamente mais tendência a serem convencionais, terra-a-terra e conservadores. Preferem o familiar à novidade, têm uma gama de interesses mais limitada e tendem a ser pouco artísticos ou analíticos.

Resumidamente, as seis facetas que integram a dimensão de Abertura à Experiência são as seguintes:

Fantasia (O1)

As pontuações elevadas evidenciam um perfil de sujeitos com imaginação viva e fantasia activa, que apreciam sonhar acordados e fantasiar. Inversamente,

As pontuações elevadas evidenciam um perfil de sujeitos com imaginação viva e fantasia activa, que apreciam sonhar acordados e fantasiar. Inversamente, os indivíduos que obtêm pontuações baixas preferem o pensamento realista, são práticos e evitam sonhar acordados.

Estética (O2)

Nesta escala, o sujeito com elevada pontuação valoriza a experiência estética, aprecia a arte e a beleza. Não tendo necessariamente bom gosto ou talento, o seu interesse leva-o, porém, a aprofundar os seus conhecimentos neste domínio. Se a pontuação for baixa, tratar-se-á de pessoas com pouca sensibilidade à beleza e que não se encontram particularmente vocacionadas para apreciar a arte.

Sentimentos (O3)

Pontuações elevadas são indicadoras de pessoas sensíveis, empáticas, que valorizam os próprios sentimentos e que respondem emocionalmente às situações. Trata-se assim de uma disposição de receptividade aos sentimentos e emoções interiores. As emoções (sentimentos, afectos) são avaliadas como uma parte importante da vida. A baixa pontuação é reveladora de uma menor amplitude emocional e de uma desvalorização dos diferentes estados emocionais.

Acções (O4)

A elevada performance nesta faceta denota a procura da novidade, da variedade, reflectida, por exemplo, na busca de novas actividades, no experimentar de diferentes passatempos, entre outras actividades. Contrariamente, a baixa pontuação está conotada com uma postura onde o familiar é manifestamente preferido em relação à novidade. Por outro lado, estes indivíduos optam preferencialmente por seguir a sua rotina normal e elegem a sua maneira de ser como conduta habitual.

Ideias (O5)

Urge esclarecer que a faceta de Ideias não implica, necessariamente, inteligência elevada. Contudo, há que reconhecer que favorece o

filosóficos e a resolução de quebra-cabeças. No extremo oposto, o sujeito com baixa pontuação é mais pragmático, factualmente orientado, não aprecia desafios intelectuais e tem uma curiosidade mais limitada.

Valores (O6)

Esta faceta prende-se com a capacidade para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos. Assim, uma pontuação elevada é indicativa de “horizontes largos”, tolerância, não-conformismo e “abertura de espírito”. De forma inversa, baixos valores estão associados ao dogmatismo e conservadorismo.

AMABILIDADE (A)

A Amabilidade, tal como aqui é entendida, reporta-se às tendências interpessoais e refere-se à qualidade da orientação interpessoal que se estabelece num contínuo desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções. Esta dimensão não influencia somente a auto-imagem, como também ajuda a formar as atitudes sociais e a filosofia de vida.

À luz deste domínio, a pessoa amável é fundamentalmente altruísta, possuidora de bons sentimentos, benevolente, digna de confiança, prestável, disposta a acreditar nos outros, recta e inclinada a perdoar. Contrastando com estas características, a pessoa hostil é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

Segundo nos informam Costa & McCrae (1990, cit. Lima 1997), uma baixa pontuação nesta esfera da personalidade encontra-se associada a distúrbios narcísicos, anti-sociais e paranóides da personalidade, ao invés de uma pontuação alta, que poderá estar associada a distúrbios dependentes da personalidade, entendendo-se por estes últimos os que se enquadram no Grupo C das Desordens da Personalidade (Perturbação Dependente da

Grupo C das Desordens da Personalidade (Perturbação Dependente da Personalidade; F60.7; [301.6])¹¹, tal como se encontram categorizadas no DSMIV (1996, pp. 292-293).

Confiança (A1)

Indivíduos com pontuação elevada terão tendência a atribuir intenções benévolas aos outros e a considerá-los como honestos e bem intencionados. Aplica-se o inverso no que diz respeito a pontuações baixas, isto é, estes sujeitos serão tendencialmente cínicos, cépticos e suspeitaram das intenções dos outros.

Rectidão (A2)

As seguintes características encontram-se associadas aos sujeitos que obtêm pontuações elevadas: a franqueza, a frontalidade, a sinceridade e a ingenuidade na forma de lidar com os outros. Em suma, são amáveis e ingénuas. Contrariamente, as pontuações baixas denotam pessoas calculistas, com tendência para a manipulação do outro através do elogio ou da chantagem. Estas são tidas como estratégias sociais necessárias e não estritamente como indícios de desonestidade, embora estes sujeitos tenham notoriamente maior tendência para esconder a verdade e ocultar os seus verdadeiros sentimentos.

Altruísmo (A3)

Se um baixo valor na faceta de altruísmo é indicador de pessoas mais centradas em si próprias e relutantes em se envolver nos problemas dos outros, os indivíduos que obtenham um resultado elevado nesta escala

¹¹ "Uma necessidade persistente e excessiva de cuidados, que leva à submissão, viscosidade e angústia de separação, com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco ou (mais) dos seguintes: 1) dificuldade em tomar decisões sem um excessivo suporte e aconselhamento dos outros; 2) necessidade de transferir responsabilidades para os outros na maior parte das áreas mais importantes das suas vidas; 3) dificuldade em discordar dos outros por medo de perder suporte ou aprovação; 4) dificuldade em iniciar projectos ou fazer coisas por sua conta (pela ausência de confiança nas suas capacidades em vez de ausência de motivação ou energia); 5) estender a sua necessidade de suporte aos outros, ao ponto de se oferecerem como voluntários para tarefas desagradáveis; 6) sentimentos de desconforto e desamparo quando sozinhos, por medo exagerado de ficarem incapazes de cuidarem de si próprios; 7) procura urgente de outras relações como substitutivas de alguma relação terminada e 8) preocupações irreais com medos de serem entregues a si próprios."

filantropia, cortesia mundana, consideração, interesse social, auto-sacrifício e vontade de ajudar.

Complacência (A4)

Esta faceta corresponde, por um lado - pontuações altas - à capacidade de aceitação da opinião dos outros, manifestada habitualmente por indivíduos brandos, capazes de inibir a agressividade e com capacidade de perdoar e esquecer. Por outro lado - pontuações baixas - está conotada com sujeitos agressivos, antagónicos, contestatários, competitivos e que não se coíbem de se manifestarem com irritação.

Modéstia (A5)

Uma elevada pontuação é característica de sujeitos que se revelam humildes e pouco preocupados consigo próprios. Não obstante, há que esclarecer que estes sujeitos não têm necessariamente uma baixa auto-estima ou baixa auto-confiança. De modo oposto, um resultado baixo é típico de uma pessoa arrogante, com uma visão exaltada de si própria, tendências narcisistas, fundadas na crença de que é superior aos outros.

Sensibilidade (A6)

Esta escala avalia atitudes de simpatia e de preocupação pelos outros. Resultados no extremo positivo são indicadores de indivíduos que, ao ajuizar os outros ou ao tomar atitudes afins, deixam-se guiar pelos sentimentos, particularmente os de simpatia. Estas pessoas terão tendência a realçar o lado humano da política social. O sujeito com pontuação baixa considera-se mais realista e racional e não se deixa comover facilmente.

CONSCIENCIOSIDADE (C)

O presente factor pretende medir o grau de organização, persistência e motivação através do comportamento orientado para a prossecução de um objectivo. Num dos extremos da escala encontram-se indivíduos dignos de confiança e escrupulosos, enquanto no outro extremo estão reunidos os sujeitos preguiçosos e descuidados.

confiança e escrupulosos, enquanto no outro extremo estão reunidos os sujeitos preguiçosos e descuidados.

Competência (C1)

Esta faceta encontra-se particularmente associada à auto-estima e ao locus de controlo interno. Um bom resultado nesta escala encontra-se associado a sujeitos que se sentem bem preparados e capazes de lidar com a vida. Contrariamente, uma pontuação baixa manifesta que os próprios são detentores de uma fraca opinião relativamente às próprias aptidões. Associada a esta opinião, estes indivíduos consideram-se mal preparados e incapazes para fazer face a certas situações.

Ordem (C2)

Este é um constructo familiar a muitos tipos de inventário da personalidade, sendo que, num dos pólos desta escala, encontram-se sujeitos com tendência para manter e preservar o meio que os rodeia limpo e bem organizado. Inversamente, no outro pólo, os sujeitos com baixa pontuação em C2, revelam dificuldades de organização e descrevem-se como pouco metódicos. No seu extremo, admite-se que um C2 elevado pode contribuir para uma desordem compulsiva da personalidade.

Obediência ao Dever (C3)

De acordo com os autores do instrumento, esta faceta está relacionada com a energia do superego, não devendo, porém, ser associada ao desenvolvimento moral ou raciocínio mas sim ao cumprimento das obrigações e à obediência aos princípios. O sujeito com pontuação elevada adere estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais. O mesmo não se poderá dizer relativamente aos sujeitos com baixa pontuação já que estes, sendo menos rigorosos em relação a estas questões, tornam-se, por vezes, irresponsáveis.

Esforço de Realização (C4)

Indivíduos com pontuações altas são, habitualmente, pessoas diligentes, com objectivos e sentido para a vida. Apresentam níveis de realização elevados e

tenderão a preocupar-se menos com tais assuntos, não se sentindo atraídos pelo sucesso e manifestando ainda uma notória falta de ambição.

Auto-Disciplina (C5)

Assumindo que a auto-disciplina é algo que confere a um sujeito a capacidade de iniciar e concluir uma determinada tarefa, independentemente do factor cansaço ou das distrações, admite-se que uma pontuação elevada signifique que o sujeito em questão revela boa capacidade para se motivar na prossecução de um objectivo. Inversamente, uma baixa pontuação nesta escala, será indicadora de sujeitos que ficam mais facilmente prostrados e, perante a frustração, desistem.

Não obstante, para a clarificação dos conteúdos inerentes a esta faceta, há que proceder a um esclarecimento, na medida em que esta é muitas vezes objecto de confusão com a impulsividade. Pese embora o facto de ambas se revelarem como prova de escasso auto-controlo, empiricamente têm figuras distintas. No caso da segunda, as pessoas não conseguem resistir a fazer aquilo que não desejam fazer. Ora, no que diz respeito às pessoas com pouca auto-disciplina, estas não conseguem determinar-se a fazer aquilo que acham que devem fazer. A primeira requer estabilidade emocional, a segunda, motivação (Costa, McCrae & Dye, 1991; Costa & McCrae, 1992; cit. Lima, 1997).

Deliberação (C6)

Sendo a deliberação “a tendência a pensar com cautela, a planificar e a ponderar antes de agir” (Lima, 1997, p. 194), revelada por sujeitos com pontuações altas, inversamente, os sujeitos com baixo desempenho nesta escala, actuam, muitas vezes sem pensar nas consequências - contudo, no seu melhor, são espontâneos, e revelam ser capazes de, no momento, tomar decisões perspicazes.

Nos anos subsequentes à publicação do NEO-PI-R assistiu-se ao debate internacional das potencialidades do inventário. O reconhecido interesse internacional de que foi alvo traduziu-se na publicação do instrumento em

Nos anos subsequentes à publicação do NEO-PI-R assistiu-se ao debate internacional das potencialidades do inventário. O reconhecido interesse internacional de que foi alvo traduziu-se na publicação do instrumento em vários idiomas. São espelho desta grande abrangência a tradução do NEO-PI-R em islândico ou ainda em filipino (Costa & McCrae, 1997). O interesse pelo Inventário da Personalidade NEO-PI-R percorreu também terras lusitanas. Uma iniciativa de grande envergadura, contemplando 2000 sujeitos, com idades compreendidas entre os 17 e 84 anos, seleccionados de freguesias escolhidas aleatoriamente de um distrito representativo da população portuguesa em diversas variáveis, levou a cabo a aferição e adaptação do NEO-PI-R para a população portuguesa (Lima, 1997). Resultante dos procedimentos de aferição, ficou comprovada a existência da mesma composição factorial das amostras portuguesa e americana, com apenas uma pequena dilatação dos valores obtidos. Surgiram como factores mais dilatados na população portuguesa os factores de Neuroticismo, Amabilidade e Conscienciosidade, ou seja, os Portugueses são mais neuróticos (desvio padrão de 0,80), menos amáveis (desvio padrão de 0,28) e menos conscienciosos (desvio padrão de 0,35). O facto deste inventário se encontrar aferido ao nível nacional afigura-se de extrema importância para o estudo empreendido, na medida em que permitirá comparar os resultados obtidos com os valores normativos para a população portuguesa (cfr. Anexo G: Medidas e Desvios Padrões da Forma S - Mulheres entre os 17 e os 20 Anos; Anexo H: Medidas e Desvios Padrões da Forma S – Mulheres entre os 21 e os 84 anos).

Relativamente à actual estrutura do NEO-PI-R, os autores admitem que as únicas alterações a efectuar prendem-se com pequenas mudanças no fraseado, de modo a facilitar a administração do inventário a adolescentes e populações com baixo nível literário (Costa & McCrae, 1997). A propósito da similitude entre o instrumento e o modelo há que reportar que, tal como o Modelo dos Cinco Factores, uma das características do NEO-PI-R é a sua demonstrada capacidade de auto-correcção e constante actualização.

instrumentos de avaliação psicométrica, a aplicação do NEO-PI-R requer as condições genericamente inscritas nos manuais de boas práticas da avaliação psicológica. No que diz respeito ao procedimento de cotação, este instrumento apresenta alguns critérios de validação/invalidação. Uma vez confirmada a ausência dos critérios que invalidam o teste, segue-se a cotação propriamente dita. Esta etapa obedece a um procedimento de cálculo simples, onde são somadas as pontuações dos oito itens que correspondem a cada faceta. Obtém-se, desta forma, os valores correspondentes às 30 escalas do NEO-PI-R. Num derradeiro cálculo são somadas as seis escalas que integram cada domínio, obtendo-se a pontuação para cada um dos cinco factores/domínios. Destes procedimentos surgem, como resultado final, cinco valores que quantificam o registo verificado em cada dos cinco domínios (N, E, O, A, C) e ainda trinta valores, que correspondem à performance em cada uma das respectivas facetas.

Antes de se concluir a exposição sobre este inventário, há que salientar que o mesmo tem sido objecto de aplicação nos mais variados contextos tais como o Aconselhamento, Psicologia Clínica, Psiquiatria, Psicologia da Saúde, Orientação Escolar e Aconselhamento Vocacional, Psicologia da Educação e Investigação (Costa & McCrae, 1992, cit. Lima & Simões, 2000). No que diz respeito à Psicologia da Saúde, são identificados campos tão díspares como a doença coronária, a apresentação de queixas somáticas, a influência das doenças nas dimensões da personalidade, os hábitos e as atitudes em relação à saúde e a alexitimia. Num resumo das investigações conduzidas a que se fez alusão, apresenta-se o seguinte quadro:

Quadro 4.7: Resumo Ilustrativo de Aplicações do NEO-PI-R no Campo da Psicologia da Saúde

| TEMA DE INVESTIGAÇÃO | AUTORES | DATA |
|---|---|--------------|
| A importância da hostilidade na predição das doenças coronárias | Costa, Stone, McCrae, Dembroski & Williams | 1987 |
| O Neuroticismo, o estado de saúde e a formulação de queixas somáticas | Costa & McCrae | 1985 1987 |
| A influência das doenças nas dimensões da personalidade | Siegler | 1991 |
| Os hábitos e atitudes em relação à saúde | Booth-Kelley & Vickers Lemos-Giraldez & Fidalgo-Aliste | 1990 1993 |
| Alexitimia | Wise et al. (cit. Manual NEO-PI-R, Lima & Simões, 2000) Bagby et al. (cit. Manual NEO-PI-R, Lima & Simões, 2000) | 1992 1994 |

Por último, dá-se conta que foi utilizado o Inventário da Personalidade NEO-PI-R (2000); adaptação portuguesa da autoria de Margarida Pedroso de Lima e António Simões e comercialização pela CEGOC-TEA Lda. – Investigação e Publicações Psicológicas (Copyright 2000; Depósito Legal 153845/00).

No prosseguimento do delineamento metodológico inerente ao desenho de investigação, cabe apresentar as instituições que viabilizaram os procedimentos de recolha das participantes que integraram a amostra.

4.5 Instituições de Recolha

De forma a identificar mães de crianças prematuras, elegeram-se instituições de saúde como terreno de recolha da amostra. Para o efeito foram seleccionados o Hospital Fernando Fonseca e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, duas das instituições hospitalares com maiores taxas da natalidade na

área da Grande Lisboa e, em Portugal. Por razões de conveniência, a maioria da amostra (93,35% da amostra total) foi recolhida na primeira instituição de saúde. Assim, no conjunto total das participantes, 281 foram recolhidas no Hospital Fernando Fonseca e 20 na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Numa visão mais detalhada o quadro infra situa a distribuição de participantes por instituição de recolha:

Quadro 4.8: Distribuição da Amostra pelas Instituições de Recolha

| | HFF | MAC | TOTAL |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Estudo Piloto (29 sujeitos) | 23 (7,64%) | 6 (1,99%) | 29 (9,63%) |
| Investigação (272 sujeitos) | 258 (85,71%) | 14 (4,66%) | 272 (90,37%) |
| TOTAL (301 sujeitos) | 281 (93,35%) | 20 (6,65%) | 301 (100%) |

Os conteúdos funcionais das Instituições de Recolha, serão objecto de detalhe no que diz respeito às áreas clínicas e, sempre que possível, estes serão consubstanciados com as estatísticas institucionais (cfr. Anexo I).

Com vista à identificação e organização dos processos e de modo a imprimir uma maior celeridade na recolha de informação, foi atribuída uma numeração aos processos que integraram a amostra. Numa classificação linear, a numeração assumiu 3 letras alfabéticas e a integração dos processos foi elaborada sob a forma de somatório. Exemplificando: Os processos correspondendo aos sujeitos nº A1 – A258 foram recolhidos no Hospital Fernando Fonseca. Os sujeitos numerados de B259 a B272 foram recolhidos na Maternidade Dr. Alfredo da Costa e os 29 sujeitos da amostra proveniente do estudo piloto assumiram a numeração final de nº C273 – C301. Como garante do anonimato e confidencialidade das informações prestadas, após a validação do protocolo, o processo e respectivos dados assumiram a nomenclatura supra para efeitos de organização, registo e tratamento de dados. Com base nestes procedimentos, foram recolhidas, junto das já referidas instituições de saúde, as participantes que integraram esta

investigação sobre a estrutura da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro.

4.6 Participantes

Integram a amostra de conveniência da presente investigação: trezentas e uma (301) participantes - 301 mães prematuras. Dito de outro modo, o facto de ter um filho nascido pré-termo, isto é, de ter sido uma mãe prematura, apresentava-se como critério unificador da amostra.

Sendo esta a principal condição de inclusão na amostra, o desenho da investigação e respectivo material afixaram outros critério de inclusão/exclusão. Assim, foram determinados os seguintes critérios de inclusão:

1. Com seguimento hospitalar do filho pré-termo (em regime de Internamento ou de Consultas Externas) no Hospital Fernando Fonseca e na Maternidade Dr. Alfredo da Costa;
2. Idade igual ou superior a 17 anos;
3. Alfabetização (nível de leitura que permitisse o auto-preenchimento do NEO-PI-R);
4. Estado clínico estável (especialmente aplicado aquando do pós-parto);
5. Aceitação da participação na investigação.

Deste modo, foram consideradas como participantes as mães prematuras que residem em áreas periféricas da Grande Lisboa e cujos filhos permanecem sob vigilância médica nas duas instituições de saúde – sendo estas, como anteriormente referido, o Hospital Fernando Fonseca e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

A amostra pode ser classificada como uma “amostra sequencial” (JAMA, 1996, cit. Ribeiro, 1999), um tipo de amostra muito familiar no contexto da saúde, na medida em que os procedimentos de amostragem se baseiam na regra: “primeiro que aparece, primeiro escolhido”. Ora, partindo do pressuposto que a

amostra que integraria o estudo em questão previa recolher participantes em duas situações hospitalares: 1) mães que se encontrariam junto dos seus filhos internados em Unidades de Cuidados Intensivos ou Intermédios e 2) mães que se encontravam junto dos seus filhos que, em regime de ambulatório, aguardavam uma Consulta Externa de Desenvolvimento, torna-se evidente que a selecção destas mães decorreria de uma estratégia sequencial (primeiro a chegar, primeiro a integrar a amostra) até perfazer o número total pretendido de participantes.

Como se observa, a recolha da amostra não se limitou apenas a recolher participantes com recém-nascidos prematuros, procurando englobar na amostra mães com filhos em faixas etárias mais avançadas. Esta opção metodológica, encontra-se alicerçada na vivência da situação de crise que constitui para a mãe o nascimento de um filho prematuro. Deste modo, assegurou-se que a amostra seria não somente constituída por mulheres que se confrontavam pela primeira vez com este acontecimento de vida (isto é, o nascimento de um filho prematuro), como também por um conjunto de mães para quem o confronto inicial com a maternidade prematura (em termos de tempo cronológico) encontrava-se mais distanciado.

Tal como atrás afluído, perspectivando o objecto de medida do NEO-PI-R (traços da personalidade), não se pode deixar de afirmar que perante uma situação de crise o sujeito defende-se com a estrutura personológica que tem. Com efeito, admite-se que uma avaliação dos traços de personalidade de mães prematuras, destinada exclusivamente aos momentos do pós-parto, poderia suscitar o empolamento de algumas dimensões, como resposta defensiva à situação de crise. Logo, ao optar-se pela diversidade temporal como requisito de recolha de participantes, isto é, pela recolha de sujeitos desde o nascimento do filho prematuro até à idade escolar (o que corresponde aproximadamente à idade máxima de frequência da população de uma Consulta de Desenvolvimento), procurava-se atenuar quaisquer efeitos de cariz defensivo que poderiam decorrer da situação de vivência de crise no pós-parto. Por outro lado, ao eleger-se a Consulta de Desenvolvimento como palco de selecção de participantes, e considerando que a população de utentes da consulta é

constituída por bebés e também por crianças, assegurou-se que a faixa etária das crianças pré-termo que integram a amostra também não ficaria confinada a recém-nascidos.

A presente investigação partiu de um estudo piloto, que veio a ser integrado no presente ensaio. Os resultados relatados no capítulo seguinte reportam-se aos 301 sujeitos que integram a amostra, na quase totalidade das variáveis em estudo. A amostra do subgrupo será objecto de destrição ou menção particular apenas na situação da não existência de dados para determinada variável. Verifica-se assim que, na descrição exposta nos seguintes capítulos, os dados do estudo piloto serão aglutinados pela amostra total, sendo apenas objecto de pormenorização mediante razão justificada.

As 301 participantes da amostra apresentavam uma média etária situada nos 29,07 anos (17 – 46 anos), 79,07% eram de raça caucasiana, 86,05% estavam casadas e 89,03% habitavam com o parceiro. No que respeita às habilitações literárias revelaram ter em média 10,35 anos educativos concluídos, englobados numa distribuição entre os 3 e os 20 anos. O rendimento familiar mensal bruto situava-se numa média de 1 669,13€, enquadrado pelos limites mínimos e máximos de 0,00 € a 90 000,00€ por mês, respectivamente.

Quadro 4.9: Resumo da Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

| | PARTICIPANTES |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Idade | M = 29,07 (17 – 46 anos) |
| Estado Civil | 86,05% casadas |
| Raça | 79,07% caucasianas |
| Coabitação | 89,03% habitam com parceiro |
| Habilitações Literárias | M = 10,35 (3 – 20 anos) |
| Rendimento Familiar Bruto (mensal) | M = 1 669,13€ (0,00 – 90 000,00€) |

Com recurso ao conjunto integral das variáveis demográficas da amostra e visando uma descrição mais detalhada, apresenta-se seguidamente uma explanação destes dados.

4.7 Procedimento

Com o intuito de implementar o desenho metodológico da investigação, nomeadamente dar início aos procedimentos de recolha da amostra, foi solicitada a autorização em conformidade com os regulamentos em vigor nas duas instituições hospitalares que acolheram o projecto.

Os procedimentos inerentes à aplicação do protocolo de avaliação consistiam, primeiramente, na solicitação de participação. Guiados pelo conceito de consentimento informado (Ribeiro, 1999, 2002), e uma vez garantido o anonimato da participação, as participantes eram informadas, pelo psicólogo, acerca da natureza da investigação em termos do objectivo geral bem como do direito de aceitação ou recusa de participação. A informação era prestada oralmente e sob forma de carta dirigida à mãe da criança prematura (cfr. Anexo C). A carta de solicitação foi concebida em linguagem acessível e abordagem informal de modo a que, no momento da sua leitura, a candidata pudesse assimilar um conjunto de dados sumários relativos à investigação. Recorrendo novamente às orientações de Ribeiro (2002), a respeito de eventuais influências sobre a tendência de resposta (i.e., aumento da desejabilidade social) decorrentes do acto de assinatura no procedimento do consentimento informado, os requisitos da aceitação de participação não requereriam a assinatura da participante sendo-lhe somente exigido a concordância oral.

Mediante a aceitação, iniciava-se a aplicação dos instrumentos, primeiro o Questionário de Caracterização da Amostra, seguido do NEO-PI-R. Com vista a uma maior objectividade, a aplicação do questionário baseava-se numa entrevista com formato semi-directivo. Procurou-se assegurar que das 49 perguntas possíveis, apenas 11 facultavam uma resposta aberta. As restantes 38 perguntas assumiam obrigatoriamente um formato de resposta fechada ou

apenas solicitavam a quantificação numérica (por exemplo, idade, anos de escolaridade, entre outros). Para além da recolha da informação ser feita com base na entrevista, acresce referir que os dados recolhidos através deste procedimento foram estruturados de modo a poderem ser objecto de contraprova, sustentado no processo clínico/hospitalar. O procedimento de contra-prova revelou-se necessário não só para conferir a informação fornecida, como também para a completar e/ou complementar em casos de omissão de informação.

O NEO-PI-R foi aplicado na forma de auto-avaliação, pelo que candidatas à participação iletradas não puderam ser incluídas na investigação. A cada participante foi facultado um caderno do NEO-PI-R e a respectiva folha de resposta.

A amostra foi recolhida no período compreendido entre 24 de Março de 2001 e 30 de Setembro de 2002, num total de 18 meses, durante o qual apenas se observou um intervalo de 3 semanas (confinado a dois períodos de tempo) onde temporariamente foram cessadas as actividades de recolha da amostra.

Assim, o protocolo de avaliação completo para cada sujeito, determinado pelo desenho metodológico, enquadrava o Questionário de Caracterização da Amostra e o Inventário da Personalidade Revisto. Foi aplicado em regime de gabinete e ainda às mães que se encontravam junto dos filhos nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios. Observou-se que o tempo útil de aplicação do protocolo de avaliação se situava, em média, nos 75 minutos, com um tempo máximo e mínimo enquadrados no intervalo temporal de 53 a 115 minutos, respectivamente.

A aplicação do protocolo de avaliação, assim como a introdução dos dados contou com a participação de colaboradores formados em psicologia e treinados para a aplicação e cotação dos instrumentos que integravam o protocolo. Para a cotação do NEO-PI-R a investigadora elaborou uma grelha no programa Microsoft Excel a fim de ser possível constituir futuramente uma base de dados com o perfil personológico da amostra. Este procedimento

revelou-se necessário uma vez que o software desenhado pela CEGOC não permite a utilização do NEO-PI-R para fins de investigação (impossibilita o armazenamento dos dados dos perfis), sendo destinado apenas à aplicação clínica.

Para responder às questões de investigação, as análises estatísticas basearam-se essencialmente na estatística descritiva e na comparação através do teste t para amostras não emparelhadas entre a amostra e a população normativa. Quando necessário recorreu-se ainda à análise variância e à correlação de Pearson para esclarecer relações entre variáveis.

4.8 Caracterização Demográfica da Amostra

Com vista à caracterização sócio-demográfica da amostra, e tal como já referido, foi isolado um conjunto de 15 variáveis.

As 301 mulheres que compõem este estudo têm, pelo menos, em comum o facto de todas serem mães de filhos prematuros. Com recurso à variável VA1a – “Idade da criança prematura à data da avaliação”, é possível circunscrever o tempo de que cada uma já dispôs para a vivência da maternidade do filho prematuro. Assim, observa-se que, em média, são progenitoras de crianças na primeira infância (até aos 24 meses), identificando-se no entanto um número significativo de mães que estão a fazer face aos primeiríssimos dias desta vivência (1º e 3º dias após o nascimento do filho). A amostra reúne igualmente um conjunto de mães que já experienciaram quatro, cinco e seis anos de maternidade. Os limites superiores e inferiores encontrados relativos à vivência da maternidade situam-se entre o 1º dia e os 86 meses. Constata-se assim a existência de uma razoável distribuição no plano das vivências maternas uma vez que até há relativamente pouco tempo os estudos psicológicos sobre a prematuridade, na sua maioria, englobavam mulheres no pós-parto ou então cujos filhos se encontravam na primeira infância.

Com o intuito de diferenciar as variáveis pertinentes à idade materna VB1 “Data de Nascimento”, VB1a “Idade materna à data do nascimento de filho prematuro” e VB1b “Idade materna à data da avaliação”, esclarece-se que a primeira serviu de base para o cálculo e contra-prova às informações prestadas a respeito das idades apresentadas. A segunda variável (VB1a), por ser considerada um factor etiológico da prematuridade, será contemplada no enquadramento e análise das variáveis clínicas. A terceira variável (VB1b) enquadra-se, fundamentalmente, numa caracterização demográfica. Esta última variável, respeitante à “Idade Materna à Data da Avaliação” permite observar, uma vez isolada, uma média etária dos sujeitos da amostra, situada nos 29,07 anos, apresentando como limite superior os 46,00 anos e, como limite inferior, os 17,00 anos.

Embora este grupo populacional (<17 anos) se constitua como um grupo de risco para a prematuridade, já que o factor etário tem uma contribuição etiológica amplamente reconhecida, o instrumento utilizado para a obtenção do perfil da personalidade (NEO-PI-R) apenas permite a aplicação a partir dos 17 anos, razão pela qual não se verificam participantes com idade inferior a 17 anos. Sendo essa a idade estabelecida pelos autores como um primeiro patamar de estabilidade dos traços da personalidade, esta questão reflecte-se nas próprias tabelas de valores normativos, obrigando a que a faixa etária dos 17 aos 20 anos se socorra de uma escala normativa própria, diferindo da escala destinada à faixa etária dos 21 aos 84 anos.

A variável “Raça Materna” (VB2) foi classificada com base nas três principais raças, incluindo uma última hipótese classificativa para situações de raça mista (isto é, verificando-se a mistura de mais de uma raça), havendo assim a distinguir as raças: Caucasiana, Asiática, Negra e Mista. Dos dados apurados regista-se que 238 participantes são de raça caucasiana (79,07%), 3 de raça asiática (0,99%), 58 de raça negra (19,27%) e 2 de raça mista (0,66%). Esta caracterização demográfica merece desde já um reparo relativo à expressão percentual evidenciada no parâmetro “raça negra” desta variável. A dilatação da expressão numérica poderá resultar não só do facto da “raça negra” constituir um dos factores etiológicos da prematuridade como também da

situação sócio-geográfica do Hospital Fernando Fonseca. Com efeito, a principal instituição de recolha da amostra acolhe maioritariamente as populações dos Concelhos da Amadora e Sintra, cuja expressão étnica reflecte uma forte ascensão da raça negra.

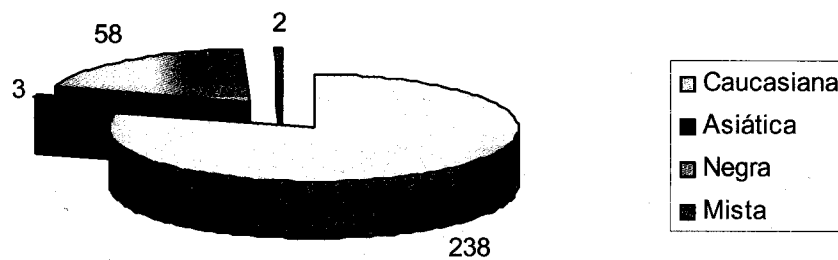


Figura 4.1: Distribuição da Variável “Raça Materna”

No que diz respeito ao “Estado Civil” (VB3), apesar de estarem contempladas 3 categorias de resposta no próprio questionário (solteira; casada; separada e/ou divorciada), estas revelaram-se insuficientes, visto não terem considerado o estado civil de “viúva”, pelo que a classificação admitida para efeitos de registo dos dados teve que assumir esta quarta dimensão. O que se verificou em relação a esta variável, não contraria os dados genericamente conhecidos da realidade portuguesa. Na sua maioria, as participantes estavam casadas (86,05%), constatando-se que 10,63% eram solteiras, 2,99% estavam separadas ou divorciadas e 0,33% viúvas.

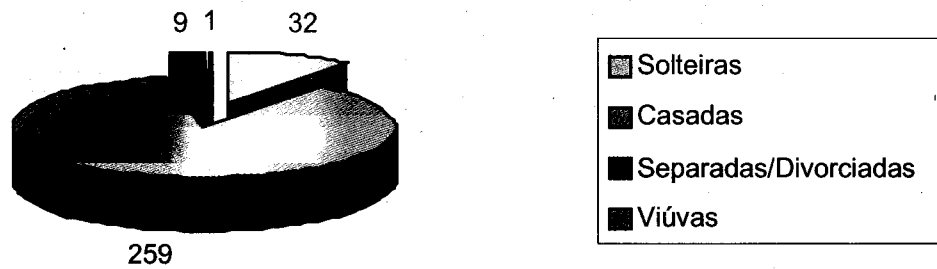


Figura 4.2: Distribuição da Variável “Estado Civil” das Participantes

Uma outra variável de caracterização demográfica constante do Eixo relativo à informação materna prende-se com a natureza da coabitação entre a participante e o seu parceiro/pai da criança. Sendo uma variável averiguada por via de uma pergunta com resposta fechada, eram admitidas as seguintes categorias de resposta: 1) Com família nuclear em domicílio próprio; 2) Com família alargada - domicílio paterno ou materno da família de origem e 3) Não havia coabitação. De acordo com estes parâmetros, verificou-se que uma vasta maioria coabitava com o parceiro em domicílio próprio (89,03%), apenas 10,30% habitava com o parceiro no domicílio da família alargada (família de origem de um dos cônjuges/parceiros) e escassos 0,66% (correspondente a duas ocorrências) não tinham qualquer tipo de coabitação. Estas últimas ocorrências reflectir-se-ão também noutras variáveis, visto existir um total desconhecimento da figura paterna, inviabilizando assim qualquer caracterização demográfica ou clínica a respeito do mesmo ou de dados avaliados em conjunto.

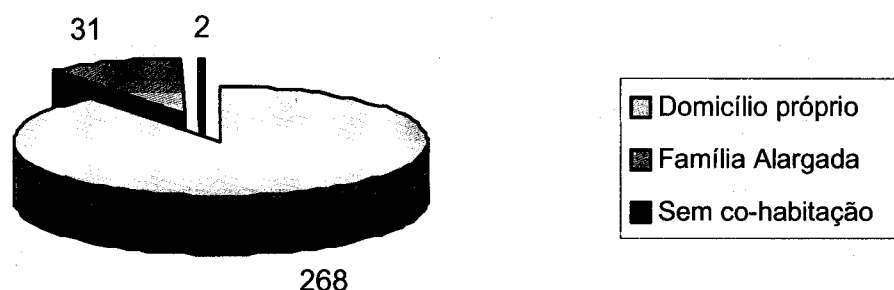


Figura 4.3: Distribuição da Variável “Coabitação” das Participantes com o Parceiro

A fim de se observar os diferentes patamares educativos da variável “Habilitações Literárias Maternas” (VB4), os 301 registos referentes aos anos de escolaridade foram codificados como seguidamente se exemplifica. A contabilização dos anos educativos foi feita em termos do somatório dos anos realizados. A contagem do número de anos reporta-se somente aos anos concluídos com sucesso, não tendo sido considerados para este fim a frequência de anos lectivos (que não foram concluídos).

Quadro 4.10: Categorização da Variável “Habilitações Literárias Maternas”

| SOMATÓRIO ANOS CONCLUÍDOS | CORRESPONDÊNCIA COM SISTEMA DE ENSINO | CATEGORIZAÇÃO NUMÉRICA |
|---------------------------|---|------------------------|
| 1 a 4 anos de ensino | 1º Ciclo do Ensino Básico (1º ao 4º ano) | Categoria a |
| 5 a 9 anos de ensino | 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico (do 5º ao 9º ano) | Categoria b |
| 10 a 12 anos de ensino | 10º, 11º, 12º do Ensino Secundário | Categoria c |
| 13 a 17 anos de ensino | Cursos Superiores, incluindo Pós-graduações (posteriores a Bacharelatos) | Categoria d |
| Mais de 17 anos de ensino | Estudos Pós-graduados, (posteriores a Licenciaturas), Mestrados e Doutoramentos | Categoria e |

Obedecendo à categorização expressa, obtém-se a seguinte distribuição gráfica, ilustrativa de que a categoria de maior amplitude situa-se nos 5 a 9 anos de ensino. Em relativa proximidade de expressão, encontra-se a categoria c, que eleva as habilitações literárias aos 10 a 12 anos de ensino. Impera uma média de 10,35 anos de anos de educação, com um limite mínimo de 3 anos e máximo de 20 anos. Tomadas em conjunto, as categorias b e c representam 215 dos 301 sujeitos, correspondendo a 68,11% da amostra total. Pela análise desta expressão percentual, podemos admitir que dois terços da amostra têm entre cinco a doze anos de anos de ensino concluídos com sucesso.

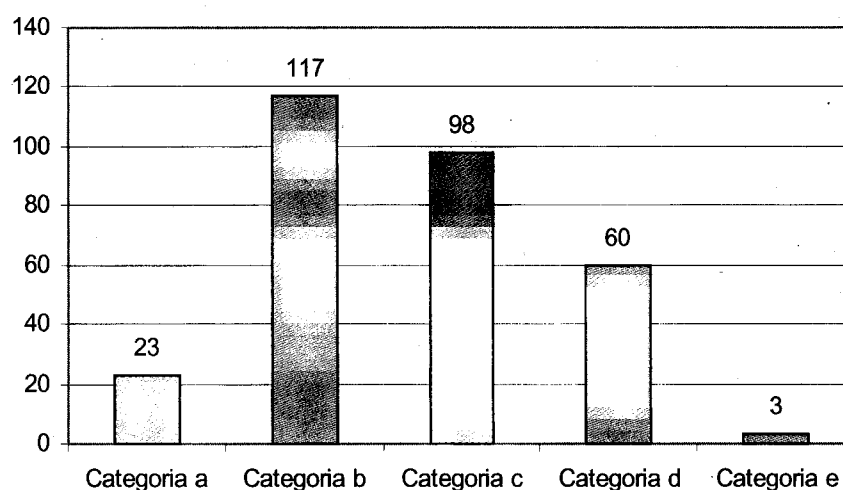


Figura 4.4: Distribuição da Variável “Habitações Literárias Maternas” por Categorias

No que diz respeito a variável “Profissão Materna” (VB5), verifica-se genericamente uma maior expressão laboral nas áreas profissionais menos diferenciadas, o que vai também ao encontro da caracterização educativa e económica da amostra, assim como da população de onde este grupo amostral é proveniente. A fim de se esclarecer esta primeira impressão utilizou-se a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 1994). Com recurso à referida matriz, as diferentes profissões inventariadas são aglomeradas em nove grupos totais, permitindo observar e classificar a dimensão profissional da amostra, conforme a seguir se indica:

Quadro 4.11: Síntese da Classificação Nacional de Profissões

| | |
|----------------|---|
| GRUPO 1 | Membros de corpos legislativos, quadros dirigentes da função pública, directores e quadros dirigentes de empresas |
| GRUPO 2 | Profissões intelectuais e científicas |
| GRUPO 3 | Profissões técnicas intermédias |
| GRUPO 4 | Empregados administrativos |
| GRUPO 5 | Pessoal dos serviços de protecção e segurança, dos serviços pessoais e domésticos e trabalhadores similares |
| GRUPO 6 | Trabalhadores da agricultura e pesca (qualificados) |
| GRUPO 7 | Trabalhadores da produção industrial e artesãos |
| GRUPO 8 | Operadores de instalações industriais e máquinas fixas, condutores e montadores |
| GRUPO 9 | Trabalhadores não qualificados da agricultura, indústria, comércio e serviços |

A primeira visão relativa à caracterização profissional sai reforçada quando analisada através desta classificação, a partir da qual se regista que os tipos de profissões de menor diferenciação estão claramente mais representados (Grupos 4, 5 e 9). Analogamente, os Grupo Profissionais que reúnem uma maior diferenciação (Grupo1 “Quadros Dirigentes...” e Grupo 2 “Profissões Intelectuais e Científicas”) abrangem apenas 34 participantes, reflectindo uma expressão percentual de 11,30%. Verifica-se também que, em quatro dos Grupos Profissionais, ou não se verificou qualquer ocorrência ou apenas se identificou um registo, razão pela qual não constam do gráfico. As situações referidas são as seguintes:

Grupo 1 – “Membros de corpos legislativos, quadros dirigentes da função pública, directores e quadros dirigentes de empresas ...” – 1 registo

Grupo 6 – “Trabalhadores da agricultura e pesca (qualificados)” – nenhum registo

Grupo 7 – “Trabalhadores da produção industrial e artesãos” - 1 registo

Grupo 8 – “Operadores de instalações industriais e máquinas fixas, condutores e montadores” - 1 registo

Uma vez que se está perante uma população profissional suburbana, o facto de não aparecerem quaisquer registos no Grupo 6 não constitui motivo de surpresa. Por outro lado, o facto de se tratar de uma população feminina poderá, por si, só explicar a razão pela qual subsistiu um único registo no Grupo 8, que abarca uma área profissional tradicionalmente masculina.

Importa ainda salientar outros dados a respeito da actual caracterização. Na verdade, face aos resultados obtidos, revelou-se necessário alargar a classificação adoptada, incluindo três novas categorias, relativas a situações distintas e não contempladas na classificação utilizada. Assim, acrescentaram-se as categorias de “Desempregada” (atribuída com código 0), “Estudante” (atribuída com código E) e “Doméstica”. A inclusão da Categoria “Desempregada” prende-se com o interesse em pormenorizar a situação profissional da amostra, revelando este indicador ser um dado importante para esclarecer algumas situações referentes à variável VD1 “Rendimento Pessoal”. Por seu turno, a inclusão da Categoria “Doméstica” foi sentida como necessária por existirem alguns registos em que as participantes alegavam não ter profissão própria. Numa óptica semelhante, não fazia sentido incluir as participantes que ainda se encontravam a estudar na categoria de “Domésticas” ou na de “Desempregadas” por não reflectir com acuidade a situação real.

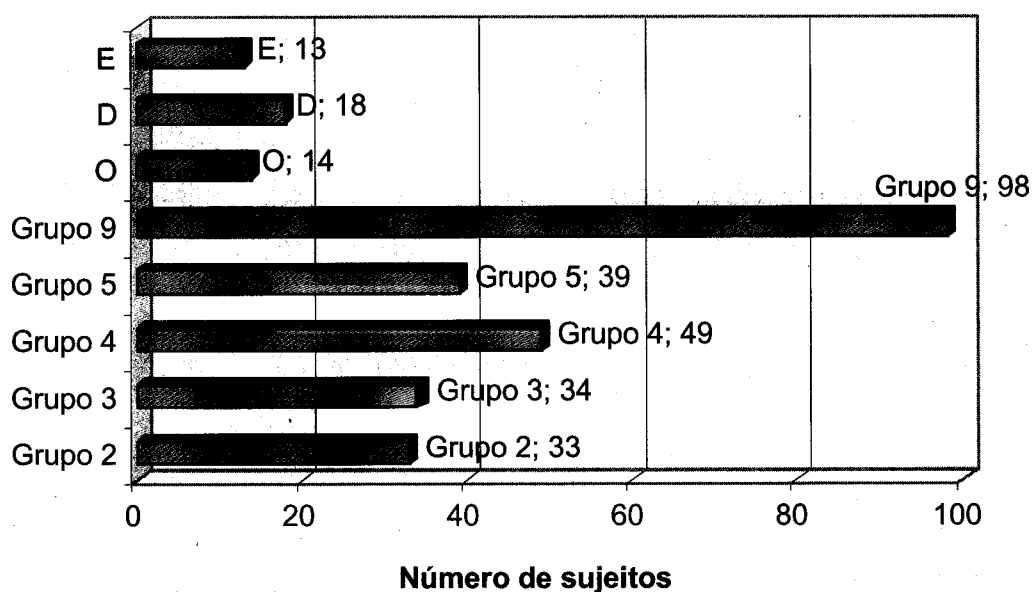


Figura 4.5: Caracterização da Situação Profissional da Amostra

Relativamente às variáveis enquadradas no quarto eixo do questionário “Rendimento Pessoal” (VD1) e “Rendimento Familiar” (VD2), constatou-se que estes itens revelaram ser de resposta difícil, com muitas incertezas, recusas e desconhecimentos por parte das participantes. Optou-se por utilizar o valor do rendimento familiar, por oposição ao do rendimento pessoal. Tal opção metodológica prende-se com as situações em que a mulher não auferir qualquer vencimento (por exemplo, doméstica) ou se encontra desempregada. Cabe ainda referir que o valor do rendimento corresponde ao valor mensal bruto auferido pelo casal, em euros. A solicitação do valor do rendimento mensal, em detrimento do valor anual, assenta na suposição de que, pela sua natureza, o valor mensal seria mais familiar do que um cálculo anual.

Os dados apurados relativos a esta variável foram categorizados com base nos níveis de distribuição financeira:

Quadro 4.12: Categorização da Distribuição Financeira do Agregado Familiar (Variável “Rendimento Familiar) por Níveis de Rendimento

| RENDIMENTO FAMILIAR BRUTO (em euros) | CATEGORIZAÇÃO |
|---|---------------|
| Menos de 500€/mês | Nível 1 |
| Entre 501 e 1000€/mês | Nível 2 |
| Entre 1001€ e 1500€/mês | Nível 3 |
| Entre 1501€ e 2000€/mês | Nível 4 |
| Entre 2001€ e 2500€/7mês | Nível 5 |
| Acima de 2501€/mês | Nível 6 |
| Sem Rendimento | Nível 7 |

Recorrendo à distribuição original dos valores do rendimento familiar por mês, constata-se que o rendimento familiar médio se situa na Categoria 4, sendo o valor da média de 1 669,13€. Dos limites superiores e inferiores, observa-se a seguinte amplitude: 0,00€ a 90 000,00€, merecendo esta grande discrepância,

desde já, um breve comentário. Em primeiro lugar, o valor máximo de rendimento mensal de 90 000,00€, pela sua dilatação, desperta necessariamente a atenção. Trata-se de um valor muito extremado e invulgar quando confrontado com a distribuição em causa e com o contexto salarial nacional. Por outro lado, só a sua inclusão, eleva de forma óbvia a média em causa. Com efeito, verifica-se que, na ausência deste valor, a média cairia para 1324,09 €, o que corresponde a uma descida de categoria e a um decréscimo real na média calculada de 345,04€/mês.

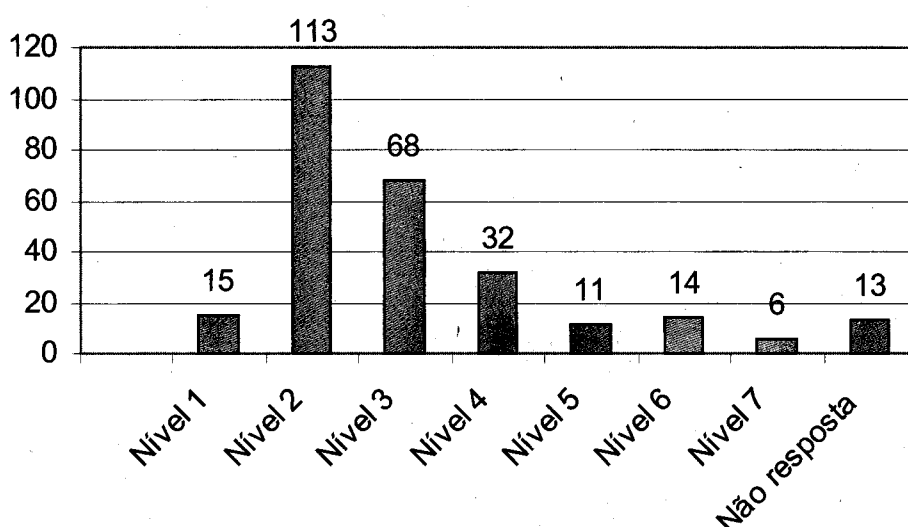
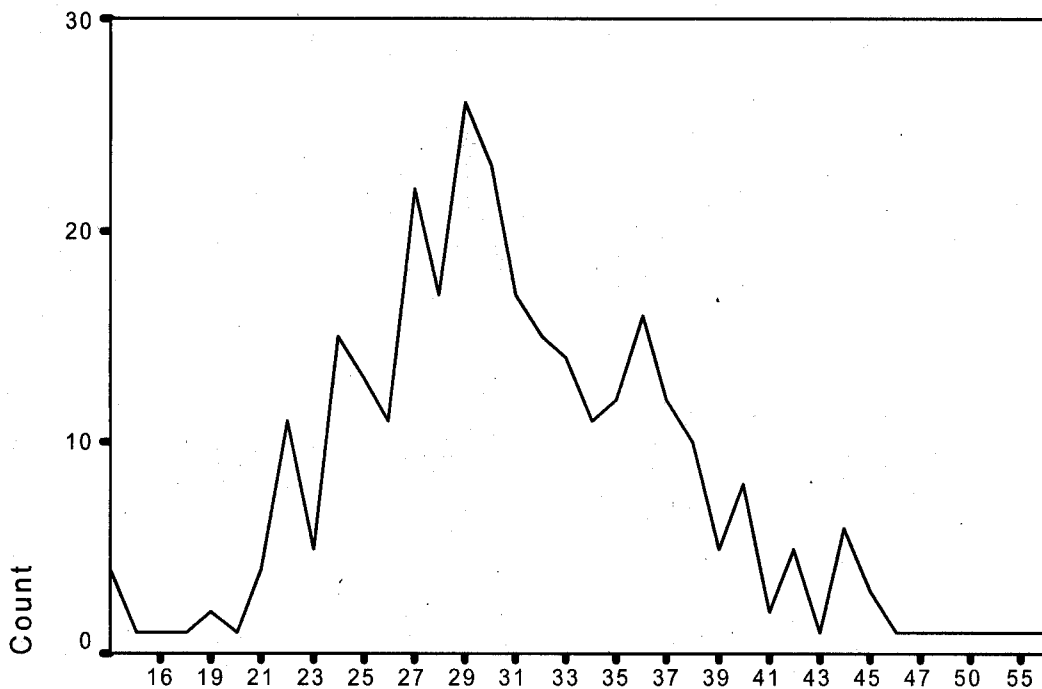


Figura 4.6: Distribuição da Variável “Rendimento Familiar” por Categorias de Vencimento (em Euros)

Se porventura se pode afirmar que o limite máximo se encontra muito extremado, o mesmo se poderá dizer relativamente ao valor mínimo. Com efeito, este último situa-se num valor nulo, decorrendo de situações em que o casal não auferir quaisquer rendimentos. Das 6 situações que apresentam um valor nulo de rendimentos, 2 correspondem a mães adolescentes, dependentes financeiramente da família de origem, 2 a situações de desemprego do casal e as restantes 2 a mães que, não auferindo qualquer remuneração, desconhecem o pai da criança. Assumem-se ainda valores omissos em 13 casos nos quais se registou uma ausência de dados referentes ao rendimento familiar ou do casal, assinalados por “não respondeu” (N/R). Esta omissão de

dados decorre da ignorância dos valores em causa, nomeadamente do salário auferido pelo cônjuge que constituía uma das parcelas para o cálculo deste valor ou, então de uma indisponibilidade para a divulgação destes valores.

No que concerne às variáveis relativas à figura paterna, constata-se que, à data do nascimento do filho prematuro, o elemento paterno apresentava uma média etária de 31,39 anos, situada entre os 16 e os 60 anos. No gráfico seguinte pode-se ver a distribuição da variável “Idade paterna à data do nascimento do filho prematuro” (VC1). Para uma clarificação da mancha de valores, assinala-se que os três registos que apontam para valores de zero remetem para situações de desconhecimento da idade paterna, por parte das participantes. Das 3 ocorrências, duas já foram objecto de menção anterior (desconhecimento da figura paterna) e a terceira remete para uma situação de falecimento da figura paterna. No que concerne a esta última situação, não foram inseridos dados no eixo do Questionário pertinente à figura paterna.



VC1

Figura 4.7: Distribuição da Variável “Idade Paterna à Data do Nascimento do Filho Prematuro”

A propósito da variável “Habilitações literárias da figura paterna” (VC2), observou-se uma média de 9,40 anos de educação, sendo que, em 8 casos, a mãe alega desconhecer as habilitações literárias do parceiro, tendo estes dados ficado omissos da presente caracterização. Cinco destas ocorrências decorrem da negação de resposta e as restantes três prendem-se com as razões acima invocadas (duas situações de desconhecimento e uma de falecimento).

Pela análise comparada das habilitações literárias das participantes da amostra e seus parceiros constata-se que, em média, as mulheres têm mais anos de ensino concluídos que os cônjuges ou parceiros. Verifica-se que, enquanto as primeiras apresentam uma média de 10,35 anos de ensino, a média dos segundos situa-se um ano abaixo (9,40 anos). Registaram-se ainda diferenças na categorização profissional – quando comparadas aos seus parceiros, revelam desempenhar em maior número profissões de cariz intelectual e científico e ocupam igualmente mais cargos administrativos (e.g. escriturárias, secretárias). Contrariamente, os parceiros apresentam uma categorização muito mais expressiva no Grupo Profissional 8 “Operadores de instalações industriais e máquinas fixas, condutores e montadores” e, particularmente, no Grupo Profissional 9 “Trabalhadores não qualificados da agricultura, indústria, comércio e serviços”. Na verdade, as participantes da amostra não revelaram qualquer registo no Grupo 8, reforçando o que atrás se constatou quanto à natureza mais masculina das actividades profissionais incluídas neste aglomerado. Numa leitura dos registos profissionais da figura paterna (parceiro), verifica-se a elevada saturação de profissões não qualificadas oriundas da construção civil e da indústria (“pedreiro”, “ladrilhador”, “maquinista”, “operário fabril”).

Assinala-se também que, se por um lado são em maior número as mulheres que estão no desemprego, por outro também são em número superior as que se encontram ainda a estudar. Não foram encontrados homens com a profissão de doméstica e foram registadas 5 ocorrências em que a participante alegou não querer revelar a profissão do parceiro.

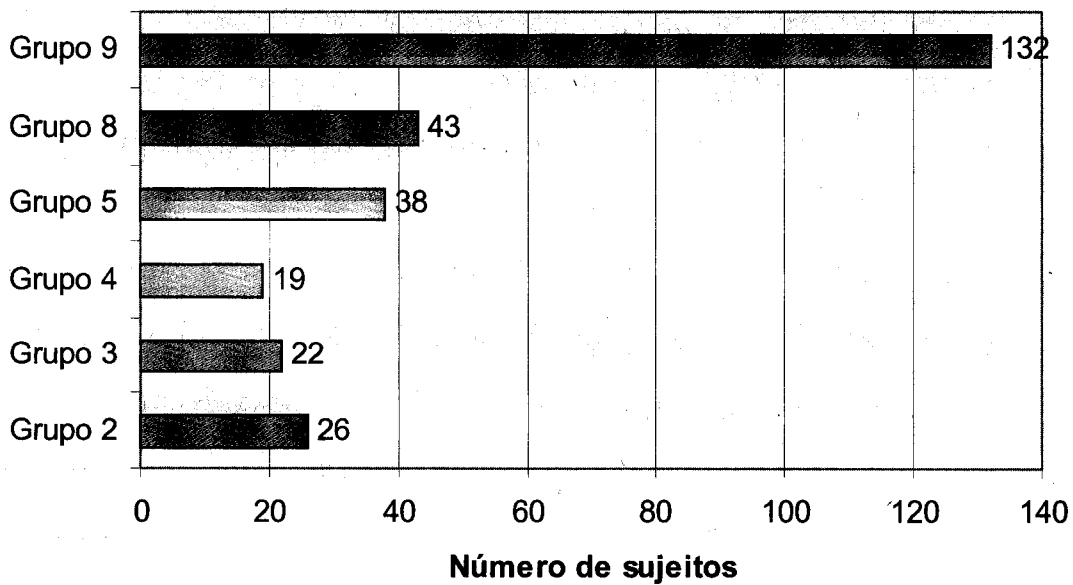


Figura 4.8: Caracterização da Variável “Profissão Paterna”

A variável “Concelho da Área de Residência” (VB24a) procurou circunscrever a residência das participantes e seu agregado familiar aos concelhos limítrofes da zona da Grande Lisboa. A variável “Freguesia da área de Residência” (VB24b) serviu apenas de contra-prova em situações de desconhecimento ou inexactidão da informação prestada sobre o concelho de residência. A dispersão verificada abrange predominantemente os seguintes concelhos:

- Sintra - 167
- Amadora – 75
- Loures - 14
- Odivelas - 7
- Mafra – 3
- Lisboa - 6
- Oeiras - 6
- Cascais – 7
- Vila Franca de Xira - 5
- Outros - 11

Englobados na designação "Outros", encontram-se os concelhos cuja expressão numérica se apresentava manifestamente reduzida, com uma ou, no máximo, duas ocorrências. Constituem exemplos desses concelhos: Setúbal; Cartaxo; Torres Novas; Seixal; Funchal; Salvaterra de Magos; Vidigueira, entre outros.

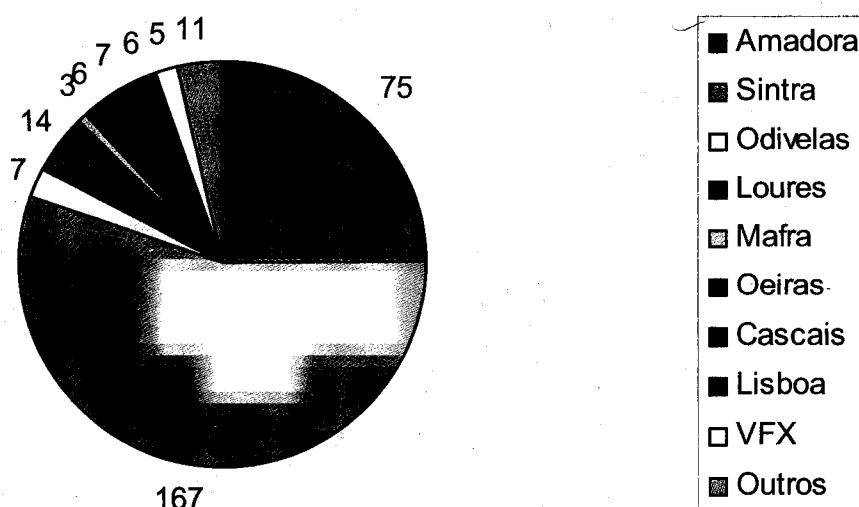


Figura 4.9: Distribuição da Variável "Área de Residência", por Concelho

Concluída a caracterização das variáveis demográficas, é possível partir rumo à análise dos dados clínicos e psicológicos que permitirão ampliar e complementar esta primeira visão (no patamar demográfico) da mulher que deu à luz um filho prematuro.

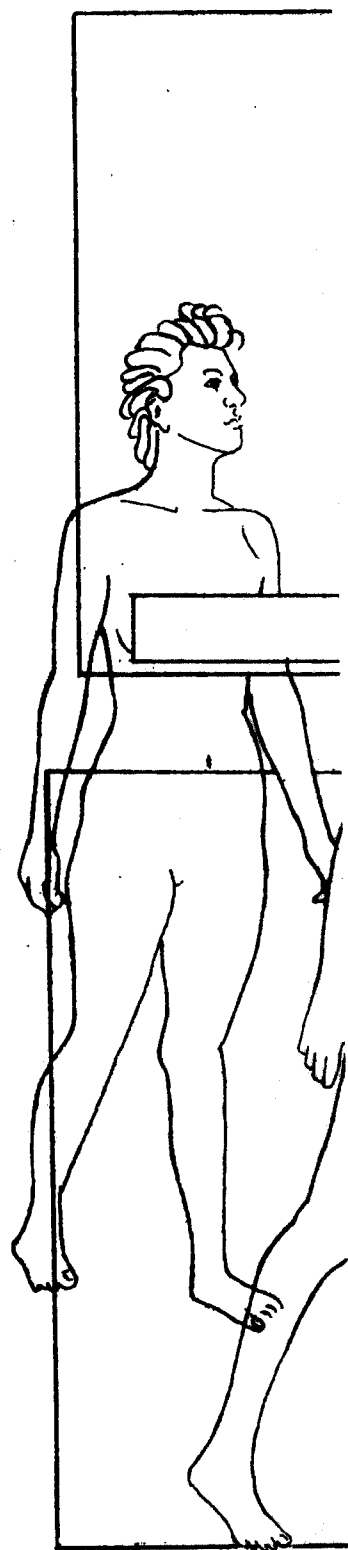
4.9 Considerações finais

Face aos objectivos propostos para a condução da investigação, foram eleitos os instrumentos de trabalho e operacionalizadas as variáveis conforme atrás se descreveu.

Com recurso ao NEO-PI-R, foram recolhidos 241 registos, organizados posteriormente em 35 categorias que reflectiam 35 variáveis psicológicas (5

factores e 30 escalas) para cada uma das participantes. Por seu turno, o Questionário de Caracterização da Amostra facultava 49 variáveis de teor demográfico e clínico. Somados aos registos do NEO-PI-R, totalizavam 290 registos para cada uma das 301 participantes. Com vista à organização dos 87290 dados recolhidos para o total das participantes, foram criadas várias grelhas no Programa Microsoft Excel cuja função era progressivamente aglutinar e aglomerar este volume de registos. Num primeiro momento, optou-se pela divisão de tabelas em “Registos de Caracterização” e “Registos do NEO-PI-R”, sendo estes posteriormente reunidos numa matriz conjunta. O somatório destes procedimentos revelou um conjunto de 35 variáveis extraídas do NEO-PI-R e 49 do Questionário de Caracterização da Amostra, num total de 84 variáveis. Os dados correspondentes às referidas variáveis foram transportados do Programa Microsoft Excel para o Programa SPSS 10.0, programa estatístico de eleição para o tratamento e análise dos resultados nesta investigação.

Através da caracterização das variáveis demográficas e antes de se abordarem as variáveis clínicas e psicológicas, é possível traçar um esboço da participante que integrou a amostra. É uma mulher com vinte e nove anos, casada, que coabita com o marido e restante família nuclear nas áreas limítrofes da Grande Lisboa. Estudou cerca de dez anos, é profissionalmente activa e tem como parceiro um homem que, em média, tem menos anos educativos, exercendo também uma profissão menos diferenciada do que ela. Para além da realidade descrita, esta mulher é mãe de uma criança prematura. Para que seja possível completar o esboço desta mulher que é mãe prematura, há que o dotar de dados sobre a prematuridade (variáveis clínicas) e sobre a mulher propriamente dita – isto é, sobre a sua estrutura de personalidade (variáveis psicológicas).



CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Apresentação dos Resultados das Variáveis Clínicas

Para efeitos da presente exposição, consideram-se “variáveis clínicas” um conjunto de variáveis, retiradas do Questionário de Caracterização da Amostra, cujo teor se prende com os precursores e indicadores clínicos da prematuridade. À excepção da variável Raça Materna (VB2), as variáveis seguintes não foram contempladas na anterior explanação (cfr. Ponto 4.8 “Caracterização Demográfica da Amostra”. Para o cabal esclarecimento dos dados recolhidos com o instrumento de caracterização, e tal como referido no Quadro 4.2, apresenta-se o conjunto de variáveis objecto de exposição:

Quadro 5.1: Identificação e Codificação das Variáveis Clínicas

| CODIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | IDENTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL |
|--------------------------------|---|
| VA2 | Tempo de gestação |
| VA3 | Peso à nascença |
| VA4 | Lugar na fratria; Paridade |
| VB1a | Idade materna à data do nascimento do filho pré-termo |
| VB1b | Idade materna à data da avaliação |
| VB2 | Raça materna |
| VB6 | Actividade profissional durante gravidez |
| VB6a | Natureza da actividade exercida |
| VB7 | Considerada gravidez de risco desde o início |
| VB7a | Justificação para diagnóstico de risco inicial |
| VB8 | Existência de períodos de repouso absoluto |
| VB8a | Semanas de gestação (do repouso absoluto) |
| VB9 | Outros filhos nascidos prematuramente |
| VB9a | Numero de filhos nascidos prematuramente |
| VB10 | Tentativa de Interrupção voluntária da gravidez (IVG) |
| VB10a | Semanas de gestação aquando da IVG |
| VB11 | Existência problemas ginecológicos durante a gravidez |
| VB11 | Natureza problemas ginecológicos durante gravidez |
| VB12 | Incidente traumático durante gravidez |
| VB12a | Natureza do incidente traumático |
| VB13 | Acontecimento de vida traumatizante durante gravidez |
| VB13a | Natureza do acontecimento de vida traumatizante |
| VB14 | Doença crónica materna anterior à gravidez |
| VB14a | Natureza da doença crónica materna |
| VB15 | Hábitos tabágicos durante a gravidez |
| VB15a | Numero de cigarros fumados por dia |
| VB16 | Consumo de substâncias tóxicas durante gravidez |
| VB16a | Natureza de substância tóxica consumida |
| VB16b | Consumo diário |
| VB17 | Número de refeições por dia, durante a gravidez |
| VB18 | Gravidez planeada |
| VB19 | Gravidez desejada |
| VB20 | Gravidez vigiada |
| VB20a | Mês de gestação em que vigilância foi iniciada |
| VB22 | Tipo de parto |

Um dos factores etiológicos da prematuridade prende-se com a idade da mãe aquando do nascimento do filho pré-termo. Observa-se que a média da “Idade materna à data do nascimento do filho prematuro” (VB1a) situa-se nos 28,39 anos, apresentando como limites inferior e superior, o intervalo etário compreendido entre os 17 e os 44 anos. Procedeu-se a uma categorização da idade por faixas etárias situadas entre o limite inferior e superior do intervalo etário observado, como a seguir se exemplifica:

Quadro 5.2: Categorização da Variável “Idade Materna à Data do Nascimento do Filho Pré-Termo”

| IDADE MATERNA À DATA DO NASCIMENTO DO FILHO PRÉ-TERMO (VB1a) | CATEGORIZAÇÃO NUMÉRICA |
|--|------------------------|
| dos 17 aos 20 anos | Categoria 1 |
| dos 21 aos 25 anos | Categoria 2 |
| dos 26 aos 30 anos | Categoria 3 |
| dos 31 aos 35 anos | Categoria 4 |
| dos 36 aos 40 anos | Categoria 5 |
| Mais do que 41 anos | Categoria 6 |

Nesta sequência, é possível verificar graficamente que a terceira categoria etária regista a expressão mais elevada, indicando que um número assinalável dos sujeitos da amostra encontra-se na faixa etária dos 26 aos 30 anos, o que corrobora a idade média da amostra atrás identificada.

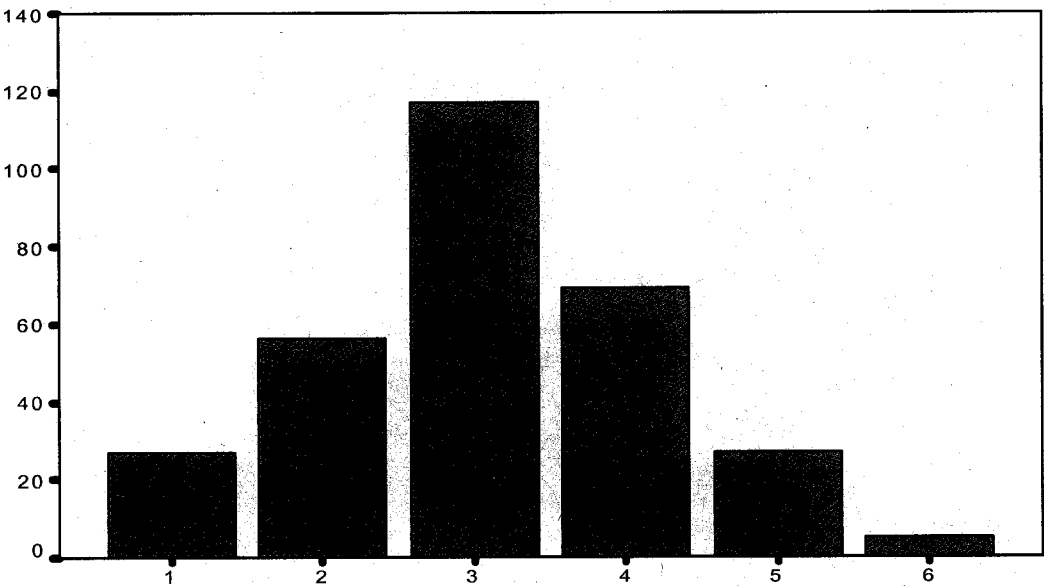


Figura 5.1: Distribuição da Variável “Idade Materna à Data do Nascimento do Filho Pré-Termo” (N = 301)

Sem necessidade de se recorrer novamente à ilustração gráfica, afigura-se importante fazer nova referência à raça materna, não numa óptica de caracterização demográfica, mas numa vertente clínica dos factores relacionados com a prematuridade. Assim, relembra-se que a distribuição por raça anteriormente assinalada reflecte que quase 20% das participantes da amostra ($n = 58$; 19,27%) são de raça negra.

Relativamente à duração da gravidez, informação que pode ser retirada da variável “Tempo de Gestação” (VA2), calculou-se que as participantes tiveram uma gravidez que culminou, em média, nas 31,63 semanas de gestação, isto é, 8,37 semanas antes tempo previsto para uma gravidez de termo. À semelhança do que se poderá afirmar quanto à idade gestacional da criança prematura, o tempo de gestação mais curto (limite inferior) situou-se nas 24 semanas. O limite superior da variável tempo de gestação reside, naturalmente, no limite máximo estabelecido para o parto prematuro – 37 semanas de gestação.

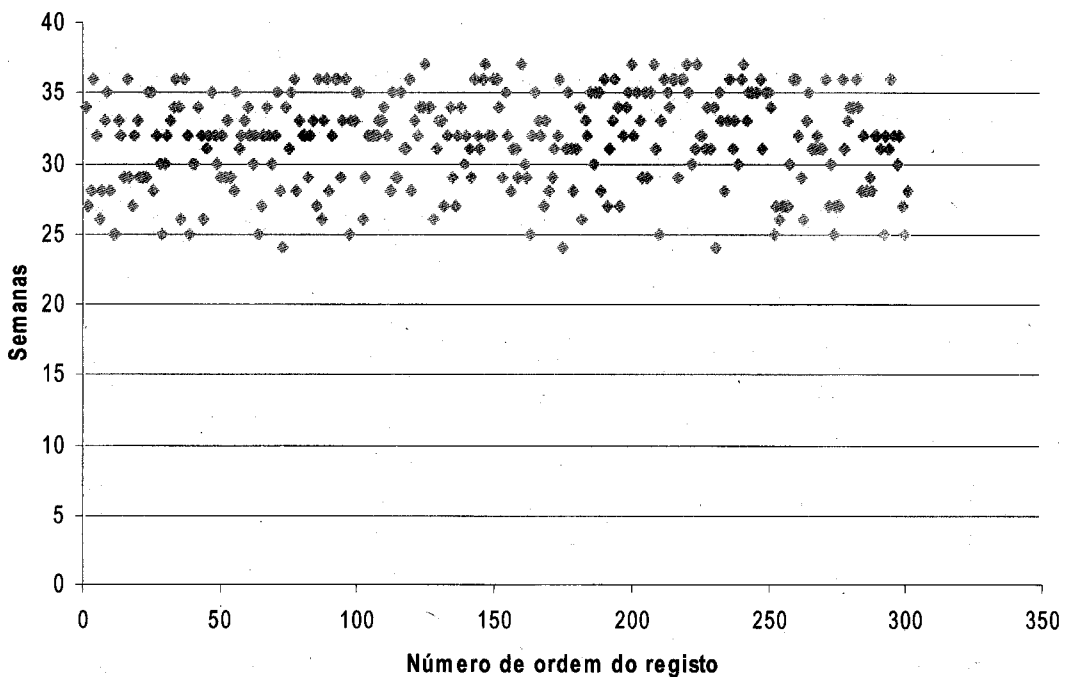


Figura 5.2: Dispersão da Variável “Tempo de Gestação”, Medida em Semanas de Gestação ($N = 301$)

A variável “Gravidez considerada de risco de início” (VB7), procurava determinar se se verificara um diagnóstico de “gestação de risco” *ab initio*. O interesse pela questão patente prende-se fundamentalmente com questões constantes da literatura (referenciadas no Capítulo II), em que se verifica que um número significativo de partos prematuros ocorre sem que de início se tenha identificado qualquer factor de risco, situações em que, à partida, tudo faria prever que fossem processos gravídicos naturais sem complicações e de termo. Com efeito, uma maioria expressiva das mulheres da amostra não iniciaram este período gravídico com um diagnóstico de risco, ou seja, evidenciavam uma situação clínica inicial ausente de patologia. Quantificando os registos constantes desta variável, verifica-se que apenas em 31,89% dos casos (96 sujeitos) foi determinado que a gravidez incorria numa situação de risco. Pode então afirmar-se que numa franca maioria (68,11%; 205 casos) não se verificou uma indicação de “gravidez de risco” - isto é, de início, as condições clínicas previam que a gravidez corresse de forma dita normal.

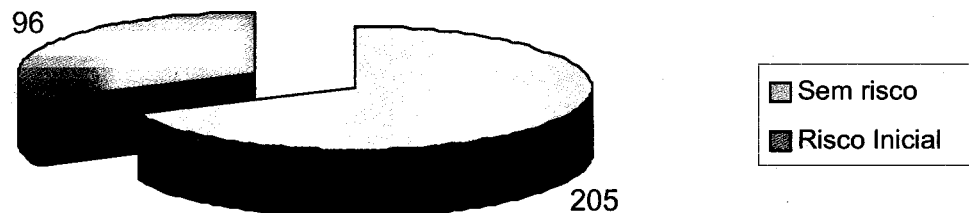


Figura 5.3: Configuração da Variável “Gravidez Considerada de Risco de Início” (N = 301)

A sétima variável relativa à caracterização materna tinha como objectivo não só determinar a presença, desde o início da gravidez, de uma de uma condição clínica de risco mas também, num segundo momento, fazer um levantamento

das condições invocadas para tal ocorrência. A variável “Justificação para o diagnóstico de risco inicial” (VB7a) foi organizada numa matriz classificativa que visou o levantamento de todos os factores de risco identificados nos protocolos e a sua organização em 8 categorias comuns:

1. Tentativa de interrupção voluntária da gravidez
2. Factores do foro ginecológico/obstétrico (Constituem exemplos: ameaça de interrupção involuntária da gravidez; placenta prévia)
3. História clínica de outros filhos nascidos pré-termo
4. Doença crónica materna (Constituem exemplos: Epilepsia; Doença Cardíaca; Asma; Anemia; Doença de Chron; Diabetes; VIH e Hipertensão)
5. Idade materna
6. Gravidez gemelar
7. Doença materna do foro psiquiátrico
8. Gravidezes resultantes de processos de Fertilização *In Vitro* (FIV)

Nas condições apresentadas para justificar a indicação de gravidez de risco, encontram-se situações e condições clínicas tão disparas como: Tentativas de interrupção voluntária da gravidez; Fertilização *In Vitro* e Doença crónica materna. A condição de hipertensão materna, embora englobada na categoria de “doença crónica materna”, surgiu como a mais numerosa (16 ocorrências registadas). A respeito da contabilização dos factores de risco, há que esclarecer que não foi possível recolher esta informação nas participantes do estudo piloto, pelo que $n = 272$ mulheres. Destas, 96 apresentavam um diagnóstico inicial de risco, contudo, apenas 90 apresentavam uma justificação do factor de risco. Nos restantes 6 casos, não foi possível determinar o factor que motivou a condição de risco.

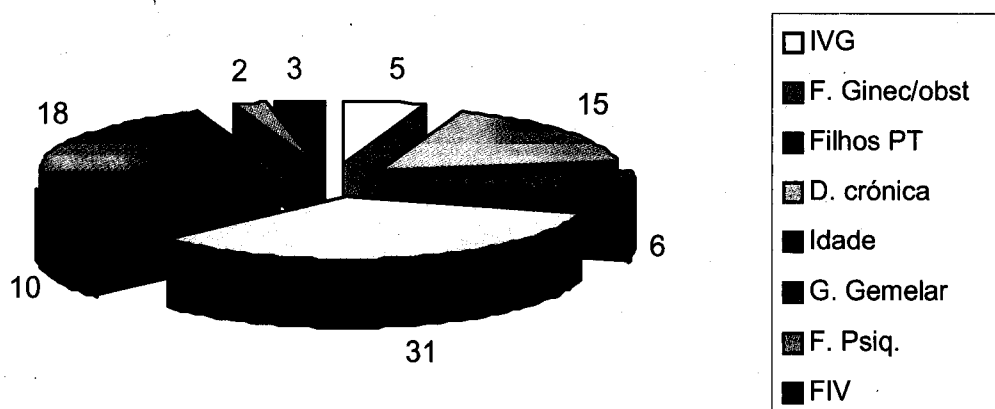


Figura 5.4: Distribuição da Variável “Justificação para o Diagnóstico de Risco Inicial” (n = 272)

Um dos factores habitualmente associados à situação de risco grávidico é a gravidez gemelar. A este respeito, acresce anotar que na amostra em estudo encontraram-se 26 processos grávidicos que contemplavam o nascimento de mais de uma criança. Todavia, por razões de morte fetal e/ou perinatal, o desfecho destas 26 situações culminou apenas na sobrevivência de 22 conjuntos de gémeos.

A variável “Actividade Profissional durante a Gravidez” (VB6) vem, de certa forma, corroborar os resultados ora apresentados sobre a não previsibilidade de uma gravidez de risco. Esta vertente de caracterização da amostra aponta para uma elevada percentagem de mulheres que mantiveram o exercício de uma actividade profissional durante a gravidez. Os números mostram que 234 das 301 (77,74%) grávidas exerceram a sua profissão durante o período grávidico, fazendo crer que, até à data do parto pré-termo ou até ao momento dos seus desencadeantes, a gravidez correria de forma aparentemente normal. Constata-se que as grávidas ocupavam funções distintas e oriundas de diferentes grupos da Classificação Internacional por Tipo de Profissão.

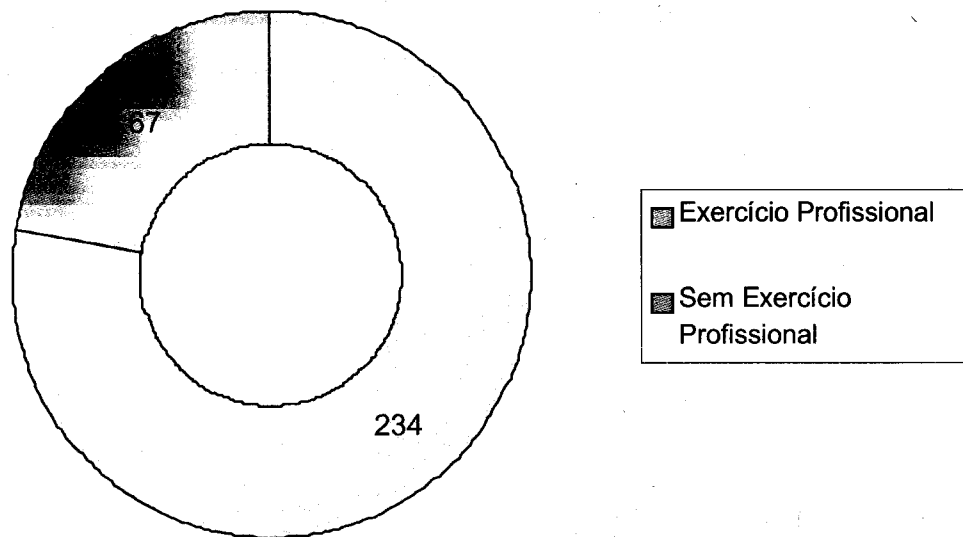


Figura 5.5: Caracterização da Variável “Actividade Profissional Exercida durante a Gravidez” (N = 301)

Para além de determinar o exercício de uma actividade profissional durante a gravidez (VB6), pretendia-se igualmente diferenciar a natureza da actividade profissional exercida (VB6a). Visando uma leitura mais qualitativa procurou-se estabelecer uma escala de esforço físico que pudesse fazer face às profissões que emergiram. Porém, perante a manifesta dificuldade em encontrar uma escala de esforço físico/actividades (em carga) que se adequasse a este propósito, optou-se por construir uma pequena grelha passível de devolver uma leitura qualitativa sobre as actividades profissionais exercidas pela grávida durante o período gestacional. Deste modo, foram elaboradas as seguintes categorias de classificação da Variável VB6b:

Quadro 5.3: Categorização da Natureza do Esforço Físico Inerente à Actividade Profissional

| NATUREZA DO ESFORÇO OU CARGA FÍSICA | CATEGORIA NUMÉRICA |
|---|--------------------|
| Sem carga física | Categoria 1 |
| De pé, com carga física | Categoria 2 |
| Sentada, com carga física | Categoria 3 |
| Com esforço postural | Categoria 4 |
| Actividade exigindo grande mobilidade | Categoria 5 |
| De pé, sem carga física | Categoria 6 |
| Actividade exigindo mais do que uma forma de esforço físico | Categoria 7 |

Com base nos resultados acima descritos, constata-se uma notória expressão do número de mulheres que exerciam actividades profissionais implicando esforço e/ou carga física. Quando este esforço não se caracterizava por uma manifesta carga física (categorias 2, 3 e 7), evidenciava-se um esforço postural (categoria 4), a exigência de grande mobilidade (categoria 5) ou, ainda, uma combinação de esforços.

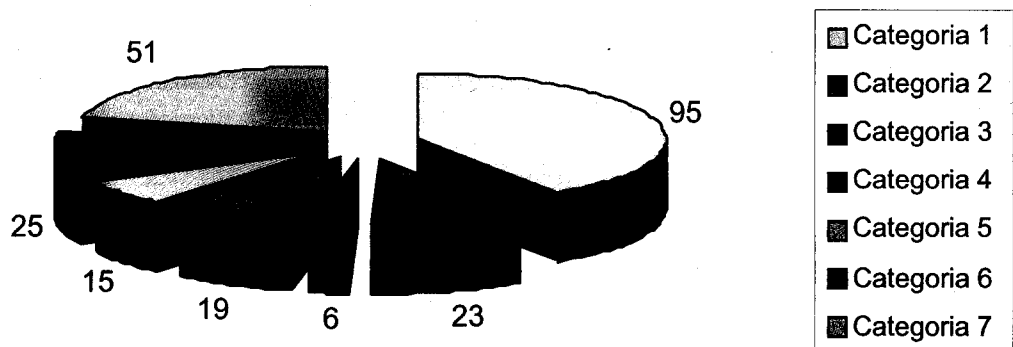


Figura 5.6: Caracterização da Natureza da Actividade Profissional Exercida durante a Gravidez (N = 301)

No que concerne às variáveis “Existência de períodos de repouso absoluto” (VB8) e “Semanas de gestação do repouso absoluto” (VB8a), importa salientar que 125 (41,52%) participantes confrontaram-se com a necessidade de ceder a um período de repouso absoluto durante o período gravídico. É digno de referência que este “repouso obrigatório” ocorre predominantemente em dois momentos. Ficou registado que a indicação de repouso absoluto se verifica logo no primeiro trimestre da gravidez, ou então, antecede o parto prematuro.

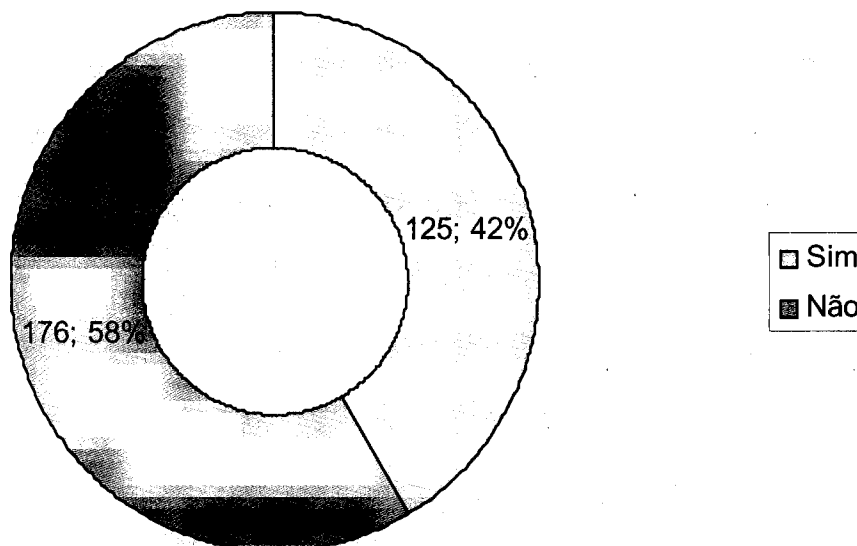


Figura 5.7: Caracterização da Variável “Existência de Períodos de Repouso Absoluto” (N = 301)

A variável “Lugar na Fratria” (VA4) foi também trabalhada sob a forma de “Paridade Materna” e assinalada com base na escala constante do próprio questionário que situava os lugares na fratria do primeiro ao quarto lugar. Assim, das 301 situações observadas, 202 foram identificadas como primíparas, elevando a sua expressão percentual para 67,12% da amostra total. Acresce referir que, tal como se poderá observar pelo gráfico, nas restantes situações o lugar ocupado na fratria pela criança nascida prematuramente era o seguinte: 2º lugar na fratria: 57 (18,94%); 3º lugar na fratria: 29 (9,35%); 4º lugar na fratria: 9 (2,99%); 5º lugar na fratria: 4 (1,33%).

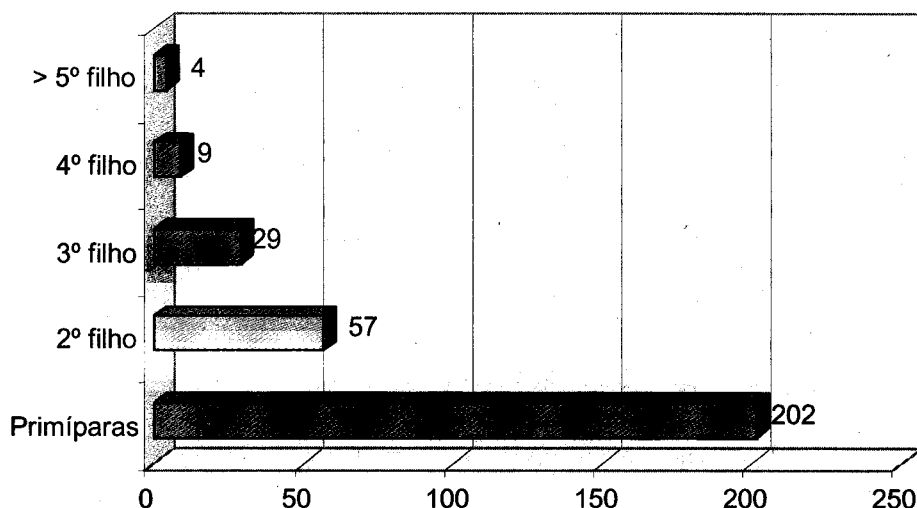


Figura 5.8: Distribuição da Variável “Lugar na Fratria”/“Paridade Materna” (N = 301)

Se neste momento da caracterização se considerar conjuntamente duas variáveis: a paridade (VA4), mais especificamente a primiparidade e a “Idade materna à data do nascimento do filho pré-termo” (VB1a), comprova-se que dois terços da amostra são primíparas e que a média da idade materna se situa aproximadamente nos 28 anos. Em conjunto, estes registos parecem querer apontar no sentido de uma primiparidade tardia. Se é verdade que a primiparidade tardia é actualmente considerada um dado do domínio público, não menos verdade é a sua associação a mulheres que evidenciam uma forte valorização profissional.

Outra questão merecedora de atenção relaciona-se com a existência de outros filhos, também nascidos prematuramente (Variáveis VB9 e VB9a). Os registos revelam que esta “duplicação” de um filho nascido prematuramente ocorreu em 23 mulheres (8,45% da amostra total). Não obstante, numa leitura mais pormenorizada destes dados, importa considerar a percentagem das mães que tiveram filhos prematuros sobre o número total de mães que não eram primíparas (i.e., já tinham filhos). Por via desta linha de comparação, das 99 participantes que já tinham outros filhos, 23 tinham tido filhos prematuros (23,23%). Ilustrado graficamente, assume a seguinte configuração:

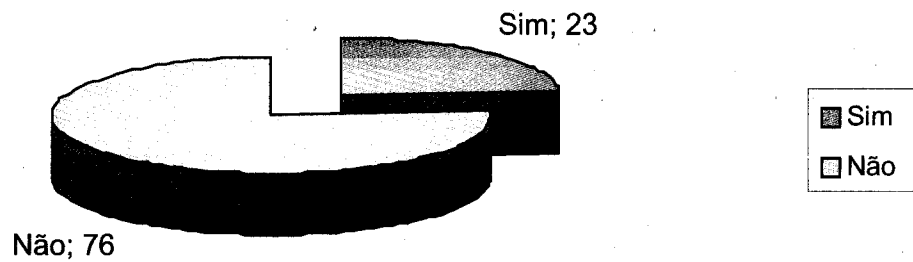


Figura 5.9: Configuração da Variável “Outros Filhos Nascidos Prematuramente”
(n = 272)

A “Tentativa de interrupção voluntária da gravidez” (IVG) e “Semanas de gestação aquando da tentativa” (VB10 e VB10a, respectivamente) constituíram duas variáveis objecto de escrutínio. Identificou-se que 32 das 272 mulheres encetaram tentativas de interrupção voluntária da gravidez. Traduzindo estes registos numa configuração percentual, verifica-se que 11,76% das mulheres da amostra, num determinado momento, não se encontravam disponíveis para a gravidez e que a grande maioria (21 das 30 ocorrências; 70,00%) executou a tentativa de IVG até às 12 semanas. Cabe ainda salientar que 6 das participantes que responderam afirmativamente à variável VB10, recusaram-se a responder à pergunta seguinte (alegando já não se recordarem) que procurava situar no tempo a tentativa de IVG. Nas 3 situações em que a tentativa de IVG não foi executada no primeiro trimestre, o desfecho foi o parto pré-termo que se verificou às 28, 29 e 32 semanas, respectivamente.

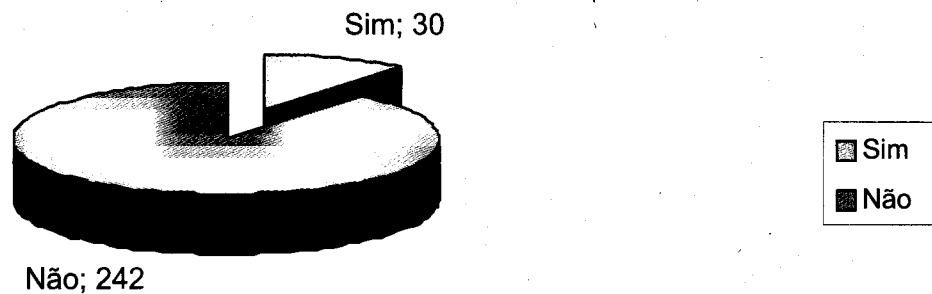


Figura 5.10: Tentativa de Interrupção Voluntária da Gravidez ($n = 272$)

Em jeito de legenda aos dados acima ilustrados, anote-se que, para efeito de contabilização dos mesmos, não foram inseridas as 29 mulheres que integraram o estudo piloto, reportando-se a amostra apenas a 272 participantes.

No que concerne ao “Acontecimento de vida traumatizante” (VB13) e à “Natureza do acontecimento de vida traumatizante” (VB13a), a amostra registou 37 ocorrências, correspondendo a 12,29%. O esclarecimento da natureza dos diferentes acontecimentos de vida baseou-se na adaptação da Tabela de Holmes & Rahé (1967) - vide Anexo A - e no conjunto de situações identificadas nos questionários. Tomando como ponto de partida a tabela de Acontecimentos de Vida dos autores supra-citados, procedeu-se a um cruzamento dos acontecimentos elencados pelos autores com os acontecimentos assinalados pela amostra. Foram apenas retirados da tabela original os acontecimentos de vida, pela ordem, gravidade e respectiva ponderação identificados pela amostra. Através deste procedimento, obteve-se a seguinte matriz de classificação dos acontecimentos de vida:

Quadro 5.4: Classificação da Variável “Acontecimentos de Vida traumatizantes ocorridos durante a gravidez” (Adaptado de Holmes & Rahé; 1967)

| ACONTECIMENTO DE VIDA | NUMERAÇÃO | PONDERAÇÃO |
|--|-----------|------------|
| Divórcio | 1 | 73 |
| Separação | 2 | 65 |
| Prisão | 3 | 63 |
| Morte de familiar | 4 | 63 |
| Doença | 5 | 53 |
| Casamento | 6 | 50 |
| Mudança de estado de saúde de familiar chegado | 7 | 44 |
| Morte de amigo | 8 | 37 |
| Mudanças financeiras | 9 | 38 |
| Conflitos conjugais | 10 | 35 |

A leitura dos Acontecimentos de Vida (de acordo com a categorização a que se procedeu) indica que a natureza predominante deste tipo de fenómeno, pelo menos aquela que se desenhou de forma mais vincada, foram os “conflitos conjugais”. Assume uma expressão numérica de 14 em 37 dos casos registados, correspondendo a mais de um terço (37,83%) da representatividade do subgrupo em questão. Em segundo lugar, encontra-se “Morte de familiar”, com uma quantificação de 9 casos (24,32%) e, sucessivamente, como abaixo indicado:

- Mudança de estado de saúde de familiar chegado - 4
- Separação - 3
- Divórcio - 1
- Prisão - 1
- Doença - 1
- Casamento - 1
- Morte de amigo - 1
- Mudanças financeiras - 1

Como ficou patente, na maioria das categorias dos acontecimentos de vida surge apenas um único registo, tornando a comparação entre subgrupos manifestamente impossível.

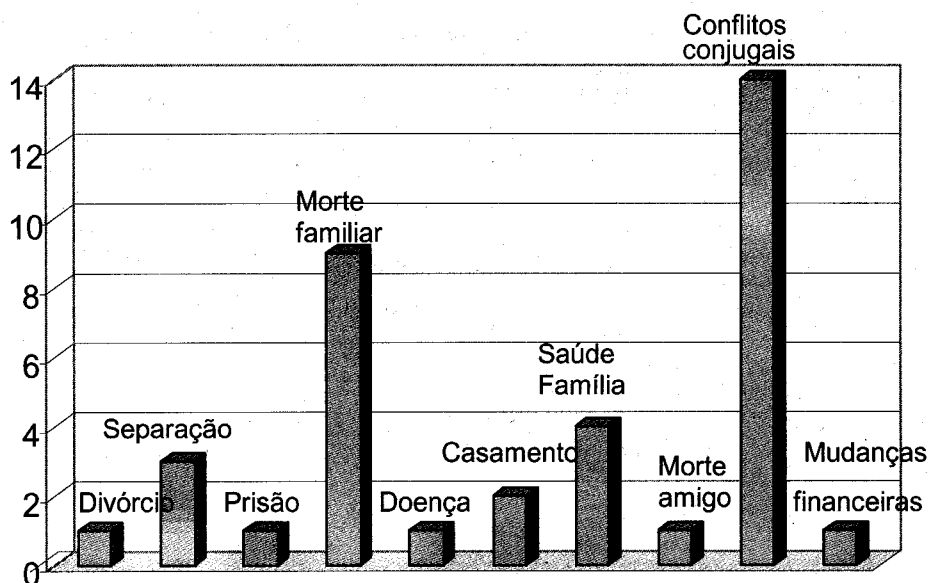


Figura: 5.11: Distribuição da Variável “Acontecimentos de Vida Traumatizantes Ocorridos durante a Gravidez” (N = 301)

No intuito de identificar a eventual ocorrência de “Incidentes Traumáticos durante a gravidez” (VB12) e a “Natureza do Incidente traumático”, delimitaram-se os seguintes campos: 1) Queda; 2) Acidente de Viação e 3) Violência Doméstica.

Relativamente à variável VB13, observaram-se 28 ocorrências, assumindo uma expressão de 9,30% dos Incidentes Traumáticos registados. A respeito da natureza do Incidente Traumático (VB13a), das três categorias, a “queda” (21 registos) surge com maior expressão. A expressão gráfica dos três níveis assume a seguinte distribuição:

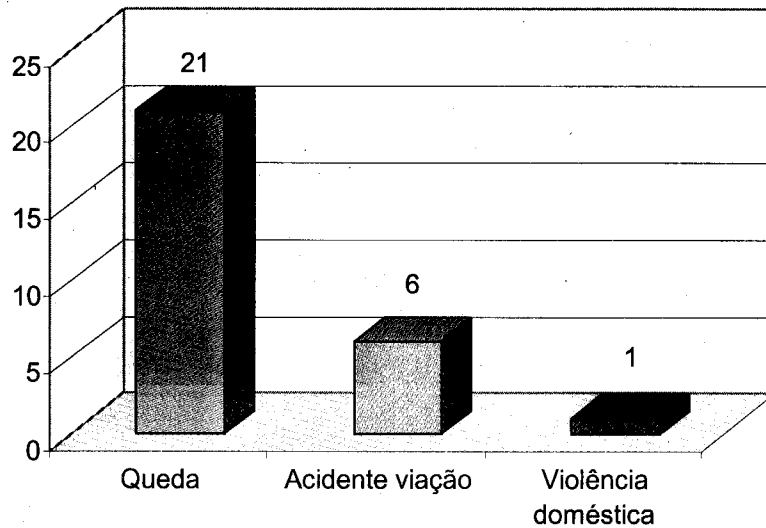


Figura 5.12: Distribuição da Variável “Incidente Traumático Ocorrido durante a Gravidez” (N = 301)

Dos dados inventariados, é possível identificar que 12,95% da amostra (39 casos registados) apresentava algum tipo de “Doença crónica materna anterior à gravidez” (VB14). A respeito da “Natureza da doença crónica materna” (VB14a), após observação dos dados recolhidos pelo questionário foram definidos os seguintes parâmetros e indicadas as percentagens obtidas:

Quadro 5.5: Categorização Percentual da Variável “Natureza da Doença Crónica Materna”

| IDENTIFICAÇÃO | OCORRÊNCIA |
|-------------------------|------------|
| Problemas Respiratórios | 33,33% |
| Hipertensão | 15,39% |
| Epilepsia | 5,13% |
| Psoríase | 5,13% |
| Diabetes | 10,26% |
| Anemia | 7,69% |
| VIH | 5,13% |
| Hepatite B | 5,13% |
| Hipertiróidismo | 5,13% |
| Problemas Gástricos | 7,69% |

Numa brevíssima leitura qualitativa, poder-se-á assinalar o teor psicossomático das condições clínicas registadas (exemplos das condições crónicas inventariadas: Problemas Respiratórios [Asma, Bronquite]; Hipertensão; Psoríase; Diabetes; Problemas Gástricos [Úlceras, Gastrites]). Com base na

tabela supra confirma-se a existência de uma expressão mais notória de cronicidade em termos das patologias do foro respiratório.

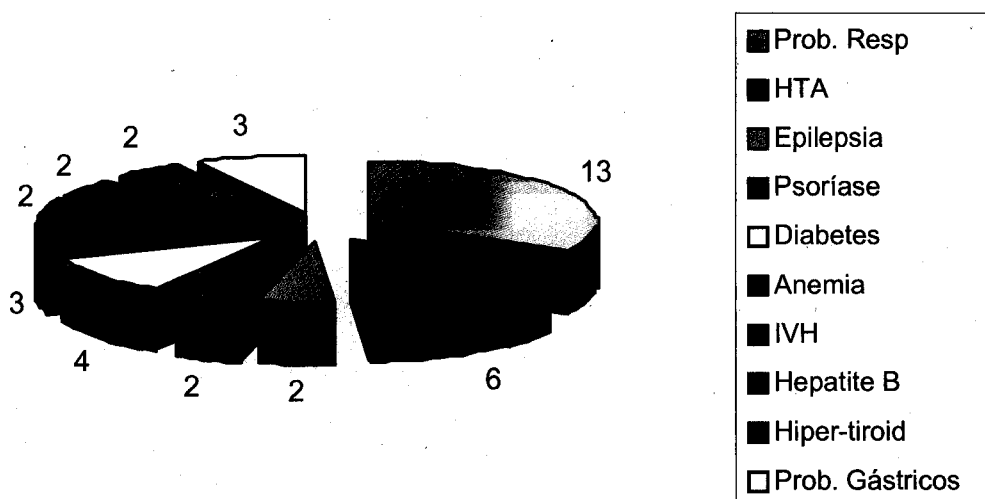


Figura 5.13: Distribuição da Variável “Natureza da Doença Crónica Materna” (N = 301)

Verificadas as variáveis “Hábitos tabágicos durante a gravidez” (VB15) e “Consumo de substâncias tóxicas” (VB16), é possível quantificar este levantamento de dados conforme sumário infra:

- 65 participantes (21,60%) mantiveram hábitos tabágicos durante a gravidez;
- 13 participantes (4,32%) mantiveram o consumo de substâncias tóxicas durante a gravidez (a título de exemplo, heroína, psicofármacos, álcool).

As variáveis “Hábitos tabágicos durante a gravidez” (VB15) e “Número de cigarros fumados por dia” (VB15a), procuravam determinar não somente a existência deste hábito (que prefigura um factor etiológico da prematuridade) mas também quantificar a sua severidade. Assim a informação recolhida na variável VB15a foi organizada por unidades de dez (10) cigarros por dia (tendo presente o número de cigarros incluído num maço de tabaco).

Quadro 5.6: Categorização da Variável “Número de Cigarros Fumados Por Dia durante a Gravidez”

| HÁBITOS TABÁGICOS DURANTE GRAVIDEZ | CATEGORIA |
|------------------------------------|-------------|
| 0 a 10 cigarros diários | Categoria 1 |
| 11 a 20 cigarros diários | Categoria 2 |
| Mais de 21 cigarros diários | Categoria 3 |

Relativamente ao número de cigarros fumados por dia, na sua maioria, as fumadoras afirmam ter fumado até 10 cigarros por dia durante a gravidez. Embora a categoria de 11 a 20 cigarros se encontre devidamente representada, acima desta encontrámos apenas um registo, como o gráfico seguinte demonstra:

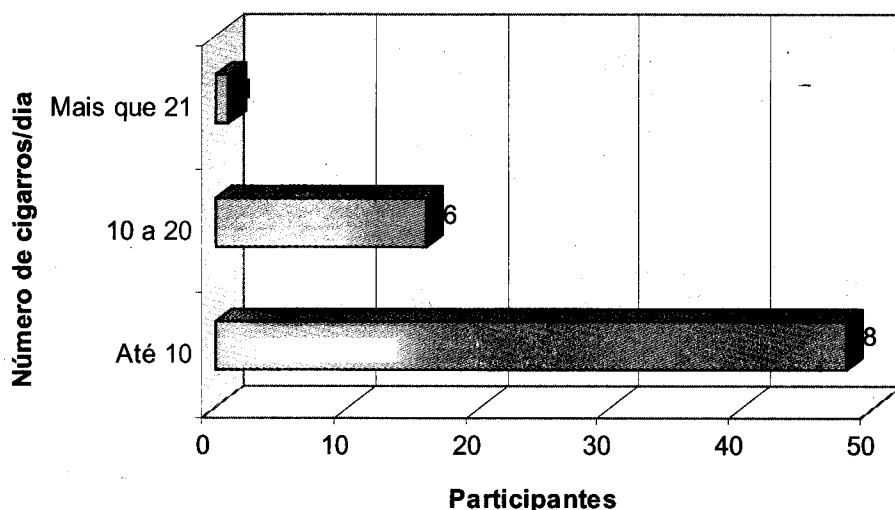


Figura 5.14: Distribuição da Variável “Hábitos Tabágicos durante a Gravidez” (N = 301)

Tendo sido possível registar os “Hábitos alimentares durante a gravidez” (VB17), indicados pelo número de refeições tomadas por dia, seguiu-se a mesma linha de procedimento, relativamente à organização dos dados contidos nesta variável:

Quadro 5.7: Categorização da Variável “Número de Refeições Por Dia durante a Gravidez”

| HÁBITOS ALIMENTARES DURANTE A GRAVIDEZ | CATEGORIA |
|--|-------------|
| Uma refeição por dia | Categoria 1 |
| Duas refeições por dia | Categoria 2 |
| Três refeições por dia | Categoria 3 |
| Quatro refeições por dia | Categoria 4 |
| Mais que quatro refeições por dia | Categoria 5 |

O gráfico seguinte permite ilustrar o padrão alimentar destas mães de crianças pré-termo, aquando gestantes:

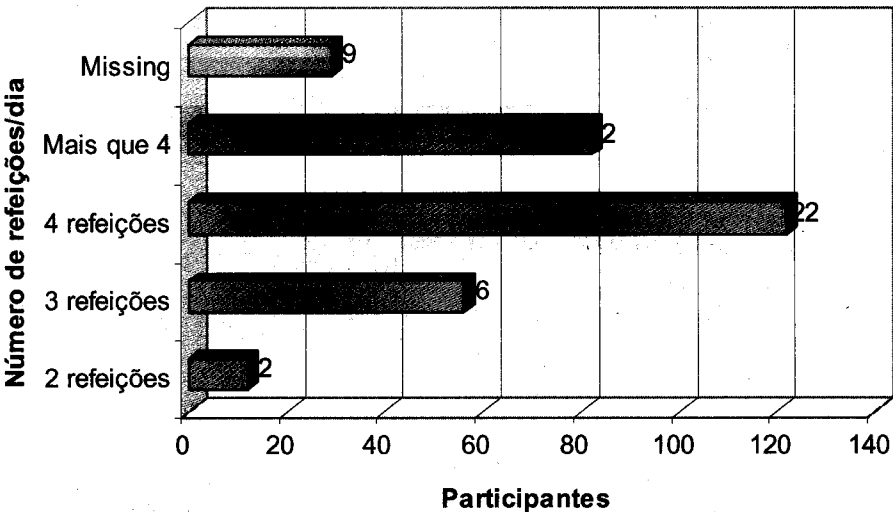


Figura 5.15: Distribuição dos Hábitos Alimentares da Amostra durante a Gravidez, “Número de Refeições por dia durante a Gravidez” (n = 272)

Maioritariamente admitem ter feito até 5 refeições diárias durante a gravidez (evidenciado pelo somatório dos registos obtidos nas categorias 3 a 5). Refere-se novamente que os dados constantes do quadro como “missing” devem-se à inclusão do Estudo Piloto, uma vez que nessa etapa de investigação, esta variável não foi objecto de quantificação.

Relativamente às variáveis “Gravidez Planeada” (VB18) e “Gravidez Desejada” (VB19), importa assinalar que 193 sujeitos (64,12% da amostra) consideraram

que a gravidez não foi ocasional mas antes objecto de um planeamento, enquanto 108 sujeitos admitiram não ter planeado a gravidez (35,88%).

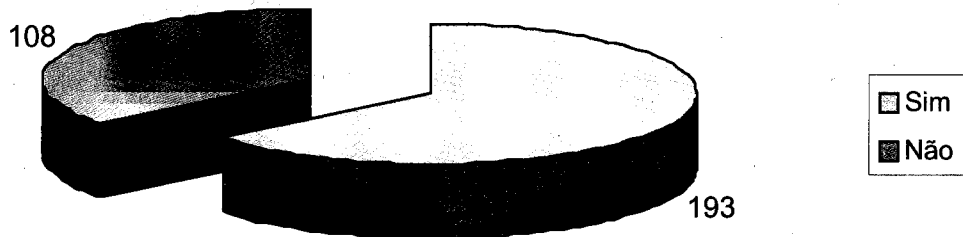


Figura 5.16: Distribuição da Variável “Gravidez Planeada” (N = 301)

Todavia, a quase totalidade dos sujeitos refere que a gravidez foi desejada (288 sujeitos; 95,68% da amostra). Admite-se que esta variável poderá evidenciar uma tendência de resposta enviesada pela desejabilidade social. A elevada expressão destes resultados revela um certo cariz contraditório. Com efeito, esta tendência de resposta aparenta “colidir” com os dados inventariados na variável “Tentativa de interrupção voluntária da gravidez” (VB10), na qual onde se observou que 30 das 272 participantes da amostra encetaram uma tentativa de IVG. Nas situações onde no momento da avaliação se descortinou esta aparente contradição procurou-se a sua clarificação. A resposta quase unânime foi que, embora de início a gravidez não tivesse sido desejada, posteriormente: “habituei-me à ideia” ou “acostumei-me a estar grávida” e, “ao fim, já o queria ter”. Nas 3 situações em que a tentativa de IVG foi apontada como desencadeante do parto prematuro, verificou-se uma resposta às variáveis VB10a e VB10b de clara afirmação da não desejabilidade do bebé.

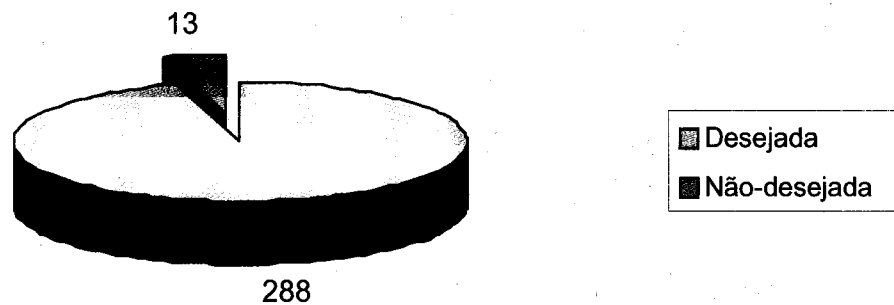


Figura 5.17: Distribuição da Variável "Gravidez Desejada" (N = 301)

As variáveis "Gravidez vigiada" (VB20) e "Mês de gestação em que a vigilância foi iniciada" (VB20a) conheceram uma organização em três faixas temporais, de acordo com os três trimestres da gravidez, isto é, Gravidez vigiada a partir do: 1) primeiro ao terceiro mês; 2) quarto ao sexto mês e 3) sétimo ao nono mês.

Neste domínio, 95,59% das mulheres que integraram a amostra referem ter tido uma gravidez vigiada, sendo que em apenas 12 casos não se verificou qualquer acompanhamento. Embora se trate de um número de pequena dimensão, procurou-se identificar alguns elementos comuns neste subgrupo. Assim, verificou-se que dos 12 casos, 4 constavam do subgrupo acima identificado (que não desejava a gravidez), enquanto outros quatro, apresentavam níveis etários limites (isto é, muito altos ou muito baixos), sendo que nos restantes casos não foi possível identificar qualquer característica que lhes conferisse um cariz homogêneo. Em suma, nas gravidezes vigiadas, o acompanhamento médico foi iniciado quase sempre no primeiro trimestre da gravidez (92,31%), em 7,30% das situações teve início no segundo trimestre e apenas em 0,39% dos casos principiou no último trimestre da gravidez.

A organização da informação resultante da variável “Tipo de Parto” (VB22) foi estabelecida no preenchimento do próprio questionário fazendo com que esta variável se situasse num de três tipos de parto: Eutócico; Cesariana e Outro tipo de parto. O desfecho do estado gravídico culminou maioritariamente (201 participantes; 66,77% da amostra) num parto com recurso à cesariana, fenómeno não raras vezes associado ao parto pré-termo. Em 99 casos (32,98% da amostra) o parto conheceu um desfecho eutócico. A derradeira situação (um único caso) foi categorizada como “Outro”, visto tratar-se de um parto com recurso a fórceps.

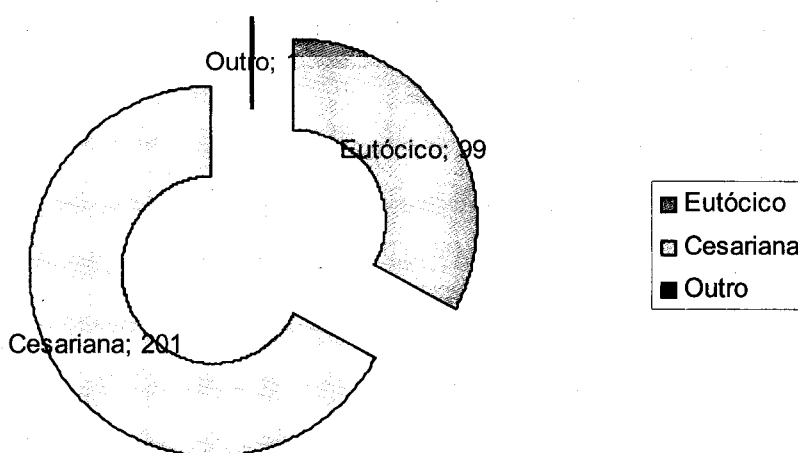


Figura 5.18: Distribuição da Variável “Tipo de Parto” (N = 301)

Transitando da leitura das variáveis maternas para as variáveis relativas aos filhos prematuros, cabe registar que, dos 301 partos realizados, nasceram 323 crianças prematuras que superaram o nascimento e a situação neonatal pré-termo. A discrepância verificada entre o número de partos e o número de crianças prematuras deve-se às gravidezes gemelares bem sucedidas. Ou seja, na actual amostra, 22 gravidezes gemelares foram bem sucedidas, assegurando-se a sobrevivência de 22 conjuntos de dois gémeos, representando linearmente um acréscimo de mais 22 sujeitos para esta componente da amostra. Não se verificou nenhum registo de nascimento de trigémeos.

Os dados referentes à variável “Peso à nascença” (VA3), um dos descritores de maior preponderância no que respeita ao diagnóstico e prognóstico da prematuridade, foram organizados em intervalos de 500 gramas e tomando como referência os pesos mínimos e máximos observados na amostra: a) 501-1000 gramas; b) 1001 – 1500 gramas; c) 1501 – 2000 gramas; d) 2001 – 2500 gramas; e) 2501 – 3000 gramas; f) > 3001 gramas.

Aquando da introdução do peso à nascença de gémeos, procedeu-se à introdução da média conjunta dos dois pesos iniciais. Salienta-se que a média da variável “Peso à nascença” reside nos 1647,90 gramas, o que se revela um peso deveras baixo para uma amostra desta dimensão. Enquadrando ainda os limites do intervalo observado, obtém-se como limite máximo 3975 gramas e para o limite mínimo, escassos 527 gramas de peso à nascença. Sem mais, estes indicadores de prematuridade imprimem uma marca tão acentuada que, num primeiro olhar, poder-se-ia ser levado a pensar que se tratava de um estudo sobre a Grande Prematuridade e não sobre a prematuridade em geral. Naturalmente, e tal como anteriormente referido, há que ter em consideração outros critérios, tais como o baixo (ou muito baixo) peso para a idade gestacional. Procedendo, por último, à categorização desta variável, a fim de podermos constatar quais os intervalos de maior preponderância, verifica-se a seguinte distribuição:

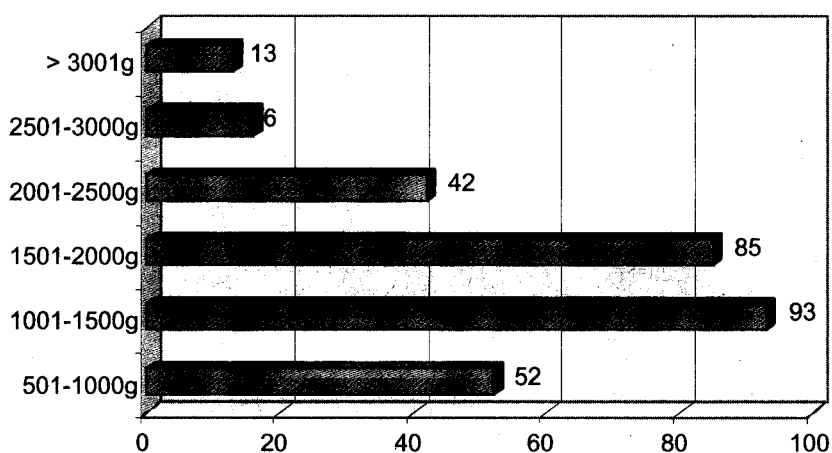


Figura 5.19: Distribuição do “Peso à Nascença” (N = 301)

As outras três variáveis referentes à criança prematura já foram, de certa forma, abordadas na caracterização supra, a respeito das suas mães. Todavia, alguns dados, vistos agora à luz da criança, merecem ser trazidos à colação. As crianças prematuras contidas na amostra nasceram com uma idade gestacional média de 31,63 semanas de gestação, o que corresponde a uma necessidade de correcção (Conceito de Idade Corrigida) de aproximadamente 8 semanas. O maior grau de prematuridade reflectido por esta variável prende-se com o nascimento de um bebé com apenas 24 semanas de gestação, obrigando futuramente a uma diferença de 16 semanas (aproximadamente, 4 meses) entre a idade real e a corrigida, contrariamente aos seus congéneres nascidos às trinta e sete semanas, o que lhes confere o estatuto de terem nascido “prematturos” no seu limite máximo, em termos de idade gestacional.

Numa breve alusão ao seu lugar na fratria, elemento focado também aquando da paridade materna, apenas se afirma que, na sua grande maioria, estes prematturos eram primogénitos, ou seja, 202 crianças (67,12%) ocuparam o primeiro lugar na fratria, versus 99 (32,88%) que se alinharam a seguir aos irmãos anteriormente nascidos.

A título de resumo das variáveis clínicas que procuram descrever esta mulher que foi mãe de uma criança prematura admite-se que: tinham aproximadamente 28,39 anos quando o filho prematturo nasceu, eram principalmente primíparas (VA4; 67,12%), de raça caucasiana (VB2; 79,07%), casadas com o pai da criança (VB3; 86,05%), habitavam juntos com a família nuclear em domicílio próprio (VB23; 89,03%), apresentavam uma maior diferenciação educativa (VB4 e VD2) e profissional (VB5 e VD3), trabalharam durante a gravidez (VB6; 77,74%), exercendo actividades que requeriam esforço físico (VB6a), sendo que o diagnóstico de “gravidez de risco” (VB7) atingiu apenas a expressão de 31,89%. Durante o período grávidico tiveram que ser submetidas a um ou mais períodos de repouso absoluto (VB8; 41,52%), sendo que estes antecederam muitas vezes o parto prematturo. Das mulheres que já não eram primíparas, 23,23% já tinham outro filho, também ele prematturo. Embora tendo planeado (VB18; 64,12%), desejado (VB19; 95,68%) e vigiado (VB20; 95,59%) a gravidez, registaram-se algumas tentativas de IVG

(VB10; 11,76%). Evidenciam alguns tipos de doença crónica anteriores à gravidez (VB14; 12,95%), durante a gravidez sofreram um acontecimento de vida traumatizante (VB13; 12,29%) e incidentes traumáticos (VB12; 9,30%). Fumavam durante a gravidez (VB15; 21,60%) e consumiam substâncias tóxicas (VB16; 4,32%). O desfecho do período gravídico deu-se maioritariamente com recurso ao parto por cesariana (VB22; 66,77%), levando ao nascimento de um bebé prematuro com aproximadamente 1647,90 gramas (VA3) e 31,63 semanas de gestação (VA2).

Descritas as variáveis demográficas e clínicas inerentes à caracterização da amostra dos 301 sujeitos que deram à luz filhos pré-termo, importa, antes de mais, apresentarmos o perfil factorial da personalidade resultante desta amostra de mães de filhos prematuros.

5.2 Apresentação dos Resultados das Variáveis Psicológicas

Analizando conjuntamente a cotação do NEO-PI-R, a organização de dados, a constituição de bases de dados e a sua análise estatística foi possível traçar um conjunto de resultados que reflectem globalmente o perfil factorial da personalidade da amostra. Numa só frase, poder-se-á descrever este perfil como sendo polarizado, isto é, evidenciando dois fortes pólos factoriais a partir dos quais as restantes facetas dos outros três factores são acolhidas de uma forma consistente e geradora de significado.

Antes de se proceder a uma análise exaustiva, organizada em três etapas distintas: Etapa 1: Análise detalhada factor a factor (ponto 5.3 do capítulo em apreço); Etapa 2: Leitura conjunta do perfil factorial da personalidade da amostra (ponto 6.1 do capítulo seguinte) e Etapa 3: Análise Comparada inter-factorial (ponto 6.2 do capítulo seguinte), urge esclarecer que se verificou um rasto de alterações estatisticamente significativas. Foram identificadas 17 alterações, num conjunto de 35 escalas do NEO-PI-R, o que, em termos percentuais, permite inferir que o perfil factorial da amostra apresenta alterações significativas na ordem dos 48,57% relativo a um perfil normativo.

Em estreita concordância com o ora exposto, há ainda que assinalar que, dos 5 factores, surgem dois com alterações significativas. Face aos resultados obtidos, infere-se que o perfil factorial da personalidade da amostra, quando comparado com os valores normativos, revela um conjunto de sujeitos com traços de personalidade com diferenças estatisticamente significativas (Teste *t* de *Student*) em relação à população feminina portuguesa. Na sequência do que se tem vindo a delinear e no sentido de um cabal esclarecimento, apresentam-se os resultados sintetizados em versão gráfica.

Quadro 5.8: Caracterização do Perfil Factorial de Personalidade da Amostra (N = 301)

| ESCALAS | VALOR NORMATIVO | MÉDIA AMOSTRA | DESVIO PADRÃO AMOSTRA | t |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|-----------------------------|------------------|
| N – NEUROTICISMO | 98,7 | 95,12 | 15,55 | 3,98 **** |
| N1 – Ansiedade | 20,3 | 20,25 | 3,93 | 0,21 |
| N2 – Hostilidade | 14,9 | 14,05 | 3,57 | 4,10 **** |
| N3 – Depressão | 16,9 | 15,88 | 4,40 | 4,00 **** |
| N4 – Auto-consciência | 16,7 | 16,22 | 3,62 | 2,32 * |
| N5 – Impulsividade | 15,8 | 15,67 | 3,54 | 0,63 |
| N6 – Vulnerabilidade | 13,7 | 13,20 | 3,60 | 2,41 * |
| E – EXTROVERSÃO | 103,3 | 107,0 | 13,79 | 4,65 **** |
| E1 – Caloroso | 21,8 | 21,86 | 3,35 | 0,33 |
| E2 – Gregariedade | 16,5 | 16,30 | 4,21 | 0,79 |
| E3 – Assertividade | 13,2 | 14,50 | 3,33 | 6,81 **** |
| E4 – Actividade | 16,9 | 17,60 | 3,28 | 3,69 **** |
| E5 – Procura Excitação | 16,6 | 16,36 | 3,98 | 1,04 |
| E6 – Emoções Positivas | 18,1 | 20,47 | 3,96 | 10,36 **** |
| O – ABERTURA A EXPERIÊNCIA | 106,7 | 107,13 | 15,19 | 0,50 |
| O1 – Fantasia | 17,0 | 17,38 | 4,11 | 1,63 |
| O2 – Estética | 20,3 | 19,68 | 4,18 | 2,55 * |
| O3 – Sentimentos | 19,3 | 19,49 | 3,44 | 1,00 |
| O4 – Acções | 16,2 | 15,78 | 3,11 | 2,32 * |
| O5 – Ideias | 16,3 | 17,18 | 4,49 | 3,40 *** |
| O6 – Valores | 17,5 | 17,81 | 2,75 | 2,00 * |
| A – AMABILIDADE | 121,8 | 121,77 | 14,76 | 0,03 |
| A1 – Confiança | 18,5 | 18,74 | 3,787 | 1,12 |
| A2 – Rectidão | 19,5 | 19,47 | 3,37 | 0,13 |
| A3 – Altruísmo | 22,3 | 22,69 | 3,34 | 2,05 * |
| A4 – Complacência | 19,3 | 19,03 | 3,68 | 1,27 |
| A5 – Modéstia | 20,5 | 20,55 | 3,12 | 0,31 |
| A6 – Sentimental | 21,5 | 21,75 | 2,92 | 1,51 |
| C – CONSCIENCIOSIDADE | 120,0 | 119,28 | 15,25 | 0,81 |
| C1 – Competência | 19,7 | 19,84 | 3,02 | 0,81 |
| C2 – Ordem | 19,4 | 19,77 | 4,07 | 1,60 |
| C3 – Dever | 23,2 | 22,36 | 3,27 | 4,40 **** |
| C4 – Realização | 19,7 | 19,84 | 3,08 | 0,83 |
| C5 – Auto-disciplina | 19,2 | 19,81 | 3,49 | 3,05 ** |
| C6 – Deliberação | 18,4 | 17,89 | 3,92 | 2,26 * |

$p < 0,0001$ - ****; $p < 0,001$ - ***; $p < 0,01$ - **; $p < 0,05$ - *; $p > 0,10$ - NS

Listados os resultados do perfil de personalidade da amostra, importa agora elevar a análise a uma nova etapa consubstanciada na descrição detalhada de cada um dos factores e suas facetas integrantes.

5.3 Análise Detalhada Factor a Factor

Antes da apresentação detalhada dos resultados, e no seguimento do anteriormente referido quanto ao rasto de alterações significativas encontradas, a média etária da amostra merece particular destaque. Efectivamente, atendendo a esta média, conclui-se tratar-se de um conjunto de mulheres jovens. Não obstante, quando comparado à amplitude etária dos resultados padronizados (Lima, 1997), que se estendem dos 17 aos 84 anos em duas tabelas de valores normativos (tabela 1: 17-20 anos, cfr. Anexo G e tabela 2: 21 – 84 anos, cfr. Anexo H), esta amostra poderá criar uma falsa impressão de se tratar predominantemente de um grupo de mães muito jovem.

Todavia, urge clarificar que a actual investigação aborda um fenómeno do ciclo de vida da mulher, a maternidade (no caso particular a maternidade ante-termo), que, por razões de índole bio-fisiológica, se encontra circunscrito ao período fértil da mulher, desencontrando-se, naturalmente, do período compreendido no NEO-PI-R (dos 17 aos 84 anos). Não obstante, uma vez que em virtude da dimensão da amostra ($N > 300$) se estava face a resultados representativos de uma população de mães prematuras, esta questão não conheceu mais desenvolvimentos. Esclarecida a questão, far-se-á de seguida uma primeira leitura dos resultados, obedecendo à ordem factorial, conforme as diferenças significativas encontradas nas facetas de cada factor.

N – NEUROTICISMO (menos neuróticas; $p = 0,0001$)

Os valores e respectivo nível de significância revelam que as participantes são significativamente menos neuróticas do que a população feminina portuguesa em geral. Este é um dado particularmente curioso, uma vez que estão patentes nas amostras de aferição americana e portuguesa diferenças muito significativas entre os sujeitos masculinos e femininos, naquilo que se relaciona com este factor. Especificamente, é reconhecido que as mulheres têm tendencialmente maiores pontuações de N do que os homens, quase conferindo a este factor uma “característica feminina”. Porém, no que toca aos resultados obtidos para a amostra de mães prematuras, não é possível fazer tal

afirmação, na medida em que estas obtêm um score muito pouco expressivo no domínio do Neuroticismo, enfatizado por uma diferença estatisticamente significativa.

Tendo como pano de fundo a matriz emocional registada, é possível caracterizar os elementos da amostra como calmos, com humor constante, relaxados, seguros, com auto-satisfação, revelando-se capazes de fazer face a situações de tensão sem ficarem transtornados. Desta forma, reflectem de forma notória um perfil que se traduz numa inquestionável estabilidade emocional.

No domínio do Neuroticismo impõe-se assinalar que, para além da diferença factorial significativa a que se fazem referência, registaram-se alterações significativas em 4 das 6 escalas que compõem o presente factor. Na realidade, observa-se um rasto de alterações significativas que se revelam sempre de valor amostral inferior aos valores normativos e que se estendem do próprio factor às facetas de Hostilidade (N2); Depressão (N3); Auto-Consciência (N4) e Vulnerabilidade (N6), como seguidamente se procura caracterizar.

N2: Hostilidade (menos hostis; $p = 0,0001$)

No âmbito desta faceta, os scores obtidos apontam para uma amostra com níveis de hostilidade muito abaixo da média populacional. Estes resultados são igualmente expressivos, uma vez que o nível de significância a que se observaram diferenças permite afirmar com convicção que os elementos da amostra são amigáveis, têm um temperamento moderado e dificilmente se ofendem ou zangam.

N3: Depressão (menos deprimidas; $p = 0,0001$)

De acordo com os restantes resultados que emanam deste factor, também no plano dos traços depressivos, a amostra revela uma estrutura significativamente muito menos depressiva do que os valores de referência para a população portuguesa feminina. Face a esta realidade, pode-se caracterizar as participantes constantes da amostra em estudo como

confiantes, para quem a vida faz sentido e vale a pena. Raramente experimentam sentimentos de tristeza, melancolia, solidão, desespero e culpabilidade.

N4: Auto-Consciência (menos auto-consciência; $p = 0,02$)

Pelo facto dos valores de amostragem serem significativamente inferiores aos populacionais, admite-se que os elementos da amostra sentem-se à vontade no contexto social e na relação com os outros. Não terão qualquer predisposição para se sentirem inferiores aos demais, envergonhados, tímidos, tal como também não padecem de ansiedade social. Assim sendo, é legítimo caracterizar-se estes sujeitos como pessoas portadoras de boas aptidões sociais que se sentem, naturalmente, mais à vontade em situações que apelam à sua sociabilidade. Revelam não somente uma maior segurança em tais situações, mas também, ao serem capazes de fazer uma óptima leitura do contexto social, comportamentos muito ajustados à situação em seu redor.

N6: Vulnerabilidade (menos vulneráveis; $p = 0,02$)

Seguindo a tendência das anteriores facetas, também neste plano os resultados encontrados na amostra registam alterações de menor expressão quando comparados à média normativa. Os valores psicométricos obtidos na faceta "vulnerabilidade" indicam que, à luz dos comportamentos subjacentes, as participantes não se revelam vulneráveis quando confrontadas com situações de emergência, não se enervam facilmente nem entram em pânico. Lidam de modo muito adequado com a tensão, sem se tornarem dependentes. Em suma, e com base no manual do NEO-PI-R, são pessoas que conseguem 'manter a cabeça fria', são competentes e resistentes, o que lhes permite lidar de forma ajustada com situações difíceis.

E - EXTROVERSÃO (mais extrovertidas; $p = 0,0001$)

Na esfera da Extroversão, os resultados revelam, novamente, um conjunto de alterações significativas, não só ao nível do próprio domínio como também no que às facetas diz respeito. De facto, encontram-se quatro alterações de cariz significativo no próprio factor Extroversão e também em três das seis facetas que o compõem.

Se se tomar como ponto de partida o facto da extroversão traduzir não só a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, mas ainda o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria, pode-se assumir estar-se perante pessoas extrovertidas, sociáveis, afirmativas, optimistas, amantes da diversão, afectuosas, activas, alegres e conversadoras. As mães prematuras que compõem a amostra aparentam um distanciamento significativo no que concerne a posturas introvertidas, reservadas, menos exuberantes, sóbrias, tímidas, silenciosas e com necessidade de ritmos de vida mais calmos.

E3: Assertividade (mais assertivas; $p = 0,0001$)

Com base nos resultados surgidos nesta faceta, desenha-se um perfil caracterizado pela assertividade, dominância, ascendência social, força de vontade, confiança e capacidade de decisão. Estas mulheres são detentoras de uma notória capacidade para falar sem hesitações e assumem, facilmente, posições de líderes de opinião. Perante os valores registados e seu grau de significância, não se afigura expectável que as participantes da amostra apresentem condutas reservadas, que evitem afirmar-se, preferindo não dar nas vistas e deixando os outros falar – antes pelo contrário, revelam uma franca necessidade de afirmação pessoal e dominância social.

E4: Actividade (mais necessidade de actividade; $p = 0,0001$)

Evidenciaram-se também alterações muito significativas na esfera estrutural da Actividade. Os níveis observados correspondem a pessoas enérgicas, com ritmo rápido e vigoroso e que necessitam de estar ocupadas. Assim sendo, é possível caracterizar as participantes da amostra como vivendo em constante actividade, para quem o tempo é sempre muito preenchido e que, embora rápidas nas suas execuções, estão permanentemente apressadas.

E6: Emoções Positivas (mais emoções positivas; $p = 0,0001$)

Face à superioridade dos resultados medidos, quando comparados com os valores padronizados para a população nacional, depara-se novamente com mulheres alegres, espirituosas, divertidas e com tendência para experienciar emoções positivas, tais como, a alegria, a felicidade e o amor. Contrariamente

aos indivíduos com baixas pontuações, os elementos da amostra são mais exuberantes, entusiastas e, sendo esta a faceta mais relacionada com a satisfação com a vida, admite-se que, também neste importante aspecto, sentem-se mais agradados com a vida que levam.

Para um cabal esclarecimento do factor em análise, importa regressar aos autores do NEO-PI-R (cit. Lima, 1997), que advogam que tanto a masculinidade quanto a feminilidade se encontram enraizadas neste factor. Contudo, esta afirmação assenta no pressuposto que a masculinidade se encontra associada a facetas mais activas e dominantes. Por oposição, a feminilidade estaria associada às facetas afiliativas, emocionais e vinculativas. Sem prejuízo de se tentar situar os sujeitos segundo a dicotomia defendida pelos autores, urge referir que a mesma assenta necessariamente sobre constructos sociais baseados naquilo que se entende serem os estereótipos sociais do género.

Não obstante, observando a dicotomia de Costa e McCrae, admite-se que, pelos traços apresentados no perfil da amostra, estas mães prematuras apresentam facetas claramente activas e dominantes (Extroversão [E]; Assertividade [E3]; Actividade [E4]; Acções [O4]) mas também, embora com menor expressão, facetas afiliativas (Altruísmo [A3]; Emoções positivas [E6]).

O – ABERTURA À EXPERIÊNCIA

Embora ao nível factorial não se registem diferenças significativas face à norma, este domínio integra, no entanto, quatro facetas que apresentam alterações de relevância estatística. Merece particular atenção o pormenor de, entre as quatro alterações verificadas, duas tenderem para valores superiores à média normativa e outras duas para valores abaixo desta média, porventura anulando eventuais diferenças no plano factorial.

O2: Estética (menos sentido de estética; $p = 0,01$).

Pelos resultados obtidos, conclui-se que os elementos da amostra revelam pouca sensibilidade à beleza e que não apreciam a arte.

O4: Acções (menos acções; $p = 0,02$)

Uma vez que pontuações altas denotam a procura da novidade e da variedade, a leitura dos dados registados nesta faceta levam ao reconhecimento de que, em clara oposição, as participantes preferem o familiar à novidade. Do mesmo modo optam por seguir a sua rotina normal e a habitual maneira de ser, numa clara tendência de não abarcar mais nada de novo.

O5: Ideias (mais ideias; $p = 0,0001$)

Esta faceta não implica necessariamente inteligência elevada, mas favorece o desenvolvimento do potencial intelectual. Neste seguimento, salienta-se que a amostra revela apetência para a curiosidade intelectual, aprecia argumentos filosóficos e a resolução de quebra-cabeças. Assim, no plano das ideias, serão menos pragmáticas e tendencialmente terão menor propensão para se orientarem por uma base estritamente factual.

O6: Valores (mais valores; $p = 0,04$)

Tendo-se confirmado que a amostra é detentora de uma média significativamente superior à média populacional e encontrando-se subjacente a esta faceta a capacidade para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos, as participantes revelam ser tolerantes, não-conformistas, possuidoras de 'horizontes largos' e de 'abertura de espírito'. Deste modo, crê-se que a amostra, na globalidade, terá uma menor tendência quer para o conservadorismo quer para o dogmatismo.

AMABILIDADE (A)

É ao nível deste factor que porventura se encontra a menor expressividade no que diz respeito aos resultados da amostra. Com efeito, não só não se encontra qualquer diferença ao nível factorial, como apenas se regista uma diferença com valor significativo em relação às facetas.

A3: Altruísmo (mais altruístas; $p = 0,04$)

Os resultados elevados nesta escala traduzem uma preocupação activa pelos outros, manifestada pela generosidade, filantropia, cortesia mundana, consideração, interesse social, auto-sacrifício e vontade de ajudar. Estas participantes poderão ainda ser descritas como pessoas que não são muito centradas em si e que se encontram disponíveis para se envolver nos problemas dos outros.

CONSCIENCIOSIDADE (C)

O factor Conscienciosidade conduz o perfil novamente para o patamar de alterações com significância. Na realidade, são três as escalas (facetas) que se destacam com valores comprovados estatisticamente, sem que se tenham, contudo, registado alterações no plano factorial.

C3: Obediência ao Dever (menos importância ao dever; $p = 0,0001$)

A este nível do perfil observam-se participantes que não aderem estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais. Sendo menos rigorosas em relação a questões desta natureza, tornam-se, por vezes, irresponsáveis. Estas observações decorrem, naturalmente, dos resultados da amostra, que espelham diferenças significativas em relação aos valores normativos (no sentido de atribuírem menos importância ao dever).

C5: Auto-Disciplina (mais auto-disciplina; $p = 0,002$)

Contrariando a tendência verificada na faceta anterior, os resultados comprovam que a amostra revela significativamente mais auto-disciplina do que o grupo populacional. Sendo a auto-disciplina algo que confere a um sujeito a capacidade de iniciar e concluir uma determinada tarefa, independentemente do factor cansaço ou de eventuais distrações, uma pontuação elevada significa que o sujeito revela boa capacidade para se motivar na prossecução de um objectivo. Desta forma, poder-se-á presumir que, devido a uma elevada tolerância à frustração, estes sujeitos dificilmente ficarão prostrados ou desistirão, quando orientados para a concretização de uma meta ou objectivo.

C6: Deliberação (menos deliberadas; $p = 0,03$)

Considera-se a faceta “deliberação” como “a tendência a pensar com cautela, a planificar e a ponderar antes de agir” (Lima, 1997, p. 194), revelada por sujeitos com pontuações elevadas nesta escala. Inversamente, e em sintonia com os resultados obtidos, os sujeitos com baixo desempenho actuam muitas vezes sem pensar nas consequências. Porém, há que reconhecer que, no seu melhor, são espontâneos e revelam ser capazes de, no momento, tomar decisões perspicazes.

Concluída a descrição pormenorizada da amostra na sua complitude, importa agora conhecer, algumas comparações entre os subgrupos que a constituem.

5.4 Comparações entre Grupos

Finda a apresentação dos factores e facetas que revelaram diferenças significativas, importa neste momento introduzir outra dimensão de avaliações estatísticas onde são estabelecidas várias comparações entre grupos. Procurando obedecer aos objectivos propostos e no intuito último de acrescer ao significado que se pretende construir, foram estabelecidos vários subconjuntos amostrais, consoante as variáveis em apreço, e posteriormente comparados entre si.

Tendo como ponto de referência as faixas etárias dos valores normativos do NEO-PI-R (17 - 20 anos; 21 - 84 anos), procedeu-se à extracção de 21 participantes da amostra que apresentavam uma distribuição etária situada entre os 17 e 20 anos, ficando a amostra constituída por 280 participantes com idades entre os 21 e 46 anos. Visando o cabal esclarecimento da variável etária para o perfil de personalidade procedeu-se à comparação dos dois subgrupos etários da amostra com os seus respectivos valores normativos. Assim, através do teste de *t de Student* comparou-se o subgrupo ($n = 21$) com os valores normativos para a população de mulheres entre os 17 e os 20 anos e o subgrupo ($n = 280$) com os respectivos valores para mulheres portuguesas entre os 21 e os 84 anos.

No subgrupo ($n = 280$) as diferenças encontradas com alterações significativas mimetizam em absoluto as alterações verificadas no perfil de personalidade ($N = 301$). Porém, o subgrupo mais jovem, quando comparado com o respectivo grupo normativo, apresenta um conjunto de alterações que contrariam ligeiramente os resultados acima referidos e, naturalmente, os resultados provenientes do perfil da amostra completa ($N = 301$). A saber, o subgrupo ($n = 21$) apresenta-se menos extrovertido (E ; $p = 0,0001$) e menos aberto à experiência (O ; $p = 0,0001$). Registam-se alterações em 5 das 6 facetas do factor Abertura à Experiência. Revelam menor recurso à fantasia ($O1$; $p = 0,003$), ter menos sentimentos ($O3$; $p = 0,003$), menos acções ($O4$; $p = 0,01$) e menos ideias ($O5$; $p = 0,03$). São mais deprimidas ($N3$; $p = 0,02$) que os seus pares do grupo normativo.

No intuito de observar estes dois subgrupos e eventuais diferenças submetem-se os mesmos ($n = 280$ e, $n = 21$) a uma comparação com recurso ao teste t de *Student*, ora assumindo, ora não assumindo variâncias iguais. Deste modo obtiveram-se os seguintes resultados:

Quadro 5.9: Comparação do Perfil Factorial entre as Participantes 17 - 20 anos ($n = 21$) e as Participantes 21-46 anos ($n = 280$)

| FACTORES | MÉDIAS | t |
|----------|---|---------|
| E1 | $M(n = 21) = 20,43$ $M(n = 280) = 21,97$ | 2,0 |
| C1 | $M(n = 21) = 18,05$ $M(n = 280) = 19,98$ | 2,85 ** |
| N2 | $M(n = 21) = 16,29$ $M(n = 280) = 13,89$ | 3,00 ** |
| N3 | $M(n = 21) = 18,71$ $M(n = 280) = 15,68$ | 3,01 ** |
| A3 | $M(n = 21) = 21,00$ $M(n = 280) = 22,82$ | 2,43 * |
| C3 | $M(n = 21) = 20,33$ $M(n = 280) = 22,52$ | 2,99 ** |
| N4 | $M(n = 21) = 18,52$ $M(n = 280) = 16,04$ | 3,07 ** |
| C5 | $M(n = 21) = 18,38$ $M(n = 280) = 19,92$ | 1,96 * |

| FACTORES E FACETAS | MÉDIAS | |
|--------------------|----------------------|-----|
| N | M (n = 21) = 103,10 | 2,4 |
| | M (n = 280) = 94,53 | |
| E | M (n = 21) = 100,62 | 2,2 |
| | M (n = 280) = 107,53 | |
| C | M (n = 21) = 110,19 | |
| | M (n = 280) = 120,02 | |

p < 0,0001 - ****; p < 0,001 - ***; p < 0,01 - **; p < 0,05 - *

Transpondo os dados acima indicados, observa-se sumariamente que, ao nível dos factores e facetas, o subconjunto da amostra com idade mais elevada (n = 280) é menos neurótico (N), mais extrovertido (E) e revela maior conscienciosidade (C) do que os seus congéneres mais novos. Cabe aqui esclarecer que estes resultados corroboram a expressão factorial que habitualmente se verifica ao longo do ciclo de vida. No que diz respeito às facetas, este primeiro grupo apresenta ser mais caloroso (E1), sente-se mais competente (C1), é menos hostil (N2), é menos deprimido (N3), é mais altruísta (A3), dá mais importância ao dever (C3), é menos auto-consciente (N4) e é mais auto-disciplinado (C5).

Os resultados da correlação estabelecida entre as variáveis “Habilitações Literárias” (VB4) e o perfil factorial da amostra não revelaram qualquer correlação estatisticamente significativa, permitindo inferir que as variações ao nível da diferenciação educativa não operam qualquer efeito significativo sobre o perfil de personalidade. O facto das participantes serem mais ou menos diferenciadas não encontra, neste caso, qualquer correlação com a sua estrutura de personalidade.

Uma vez estabelecida a comparação entre a variável sócio-demográfica relativa às habilitações literárias, pretendeu-se ainda monitorizar a relação entre o perfil de personalidade e o nível sócio-económico, aferido pela variável “Rendimento Familiar” (VD3) e operacionalizado por níveis de rendimento (ver Capítulo IV), de modo a determinar se este operava algumas alterações no plano estrutural. Com recurso a uma análise de variância obtiveram-se as relações e correspondentes valores de significância conforme se pode observar

no Quadro 5.3, verificando-se um vasto conjunto de diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 5.10: Análise de Variância entre “Rendimento Familiar” (VD2) e Perfil Factorial

| | CATEGORIA NUMÉRICA | MÉDIAS | | |
|-----------|-----------------------|--------|----------|-----------|
| N1 | 1 | 21,10 | 5 251 | 2,50 * |
| | 2 | 19,84 | | |
| | 3 | 21,02 | | |
| | 4 | 21,65 | | |
| | 5 | 17,80 | | |
| | 6 | 19,64 | | |
| O1 | 1 | 16,10 | 5 251 | 3,43 * |
| | 2 | 16,81 | | |
| | 3 | 17,70 | | |
| | 4 | 19,78 | | |
| | 5 | 19,70 | | |
| | 6 | 18,07 | | |
| C1 | 1 | 18,68 | 5 251 | 3,19 * |
| | 2 | 19,80 | | |
| | 3 | 19,83 | | |
| | 4 | 20,96 | | |
| | 5 | 22,20 | | |
| | 6 | 20,64 | | |
| O2 | 1 | 17,58 | 5 251 | 3,10 * |
| | 2 | 19,98 | | |
| | 3 | 19,42 | | |
| | 4 | 21,39 | | |
| | 5 | 21,70 | | |
| | 6 | 19,00 | | |
| N3 | 1 | 17,48 | 5 251 | 4,10 ** |
| | 2 | 15,48 | | |
| | 3 | 16,42 | | |
| | 4 | 16,13 | | |
| | 5 | 12,90 | | |
| | 6 | 12,86 | | |
| O3 | 1 | 18,32 | 5 251 | 5,35 **** |
| | 2 | 19,17 | | |
| | 3 | 19,57 | | |
| | 4 | 21,04 | | |
| | 5 | 23,70 | | |
| | 6 | 20,50 | | |
| A3 | 1 | 21,81 | 5 251 | 2,38 * |
| | 2 | 22,56 | | |
| | 3 | 23,57 | | |
| | 4 | 23,65 | | |
| | 5 | 24,50 | | |
| | 6 | 22,79 | | |
| N4 | 1 | 17,74 | 5 251 | 3,79 ** |
| | 2 | 16,33 | | |
| | 3 | 15,98 | | |
| | 4 | 15,61 | | |
| | 5 | 13,00 | | |
| | 6 | 14,71 | | |

| O4 | 1 | 14,71 | 5 251 | 2,49 * |
|----|---|--------|----------|-----------|
| | 2 | 15,33 | | |
| | 3 | 16,43 | | |
| | 4 | 16,48 | | |
| | 5 | 17,00 | | |
| | 6 | 16,43 | | |
| N5 | 1 | 14,13 | 5 251 | 2,77 * |
| | 2 | 15,43 | | |
| | 3 | 15,49 | | |
| | 4 | 17,26 | | |
| | 5 | 17,00 | | |
| | 6 | 16,50 | | |
| N6 | 1 | 14,42 | 5 251 | 2,37 * |
| | 2 | 12,76 | | |
| | 3 | 13,34 | | |
| | 4 | 13,48 | | |
| | 5 | 10,90 | | |
| | 6 | 11,79 | | |
| E6 | 1 | 18,97 | 5 251 | 2,76 * |
| | 2 | 20,63 | | |
| | 3 | 20,64 | | |
| | 4 | 20,48 | | |
| | 5 | 23,30 | | |
| | 6 | 22,57 | | |
| O6 | 1 | 17,55 | 5 251 | 4,08 ** |
| | 2 | 17,38 | | |
| | 3 | 18,23 | | |
| | 4 | 19,74 | | |
| | 5 | 19,20 | | |
| | 6 | 18,36 | | |
| N | 1 | 97,84 | 5 251 | 2,54 * |
| | 2 | 93,67 | | |
| | 3 | 96,40 | | |
| | 4 | 99,39 | | |
| | 5 | 84,70 | | |
| | 6 | 88,14 | | |
| E | 1 | 100,84 | 5 251 | 3,52 ** |
| | 2 | 106,18 | | |
| | 3 | 108,68 | | |
| | 4 | 108,52 | | |
| | 5 | 116,80 | | |
| | 6 | 114,14 | | |
| O | 1 | 98,65 | 5 251 | 6,65 **** |
| | 2 | 105,42 | | |
| | 3 | 108,62 | | |
| | 4 | 116,87 | | |
| | 5 | 121,50 | | |
| | 6 | 110,57 | | |

$p < 0,0001$ - ****; $p < 0,001$ - ***; $p < 0,01$ - **; $p < 0,05$ - *

Embora num primeiro momento se registre alguma correspondência entre as facetas identificadas na avaliação supra, surgem no entanto algumas variações relativamente ao perfil da amostra global que importam ser sublinhadas. Assim, verifica-se existirem diferenças significativas em facetas que, na comparação

da amostra global com os valores normativos, não evidenciaram qualquer significância estatística, por exemplo, Ansiedade (N1), Fantasia (O1), Competência (C1), Sentimentos (O3), Impulsividade (N5) e Abertura à Experiência (O).

Ainda no domínio da comparação do perfil com as variáveis sócio-demográficas, emerge um conjunto de dados dignos de particularização. Uma vez que 58 participantes eram de raça negra, e tendo presente que este factor sócio-demográfico surge na literatura identificado como factor de risco para o parto pré-termo, procurou-se cruzar o perfil de personalidade deste subconjunto amostral com os restantes elementos da amostra (de raça caucasiana, asiática e mista). Esta comparação faz ressaltar uma grande amplitude de diferenças estatisticamente significativas. Quando comparadas com as suas congéneres de outras raças, as participantes de raça negra revelam ser: mais Neuróticas (N), menos extrovertidas (E), menos abertas à experiência (O) e com menos conscienciosidade (C). No plano das facetas são: menos calorosas (E1), não valorizam a fantasia (O1), são menos competentes (C1), são menos gregárias (E2), não valorizam estética (O2), são mais deprimidas (N3), têm menos sentimentos (O3), são menos altruístas (A3), dão menos importância ao dever (C3), têm menos auto-consciência (N4), sentem-se menos realizadas (C4), são menos activas (E4), têm menos ideias (O5), menos auto-disciplina (C5), revelam ser menos vulneráveis (N6), têm menos emoções positivas (E6), menos valores (O6) e, por último, são menos sentimentais (A6).

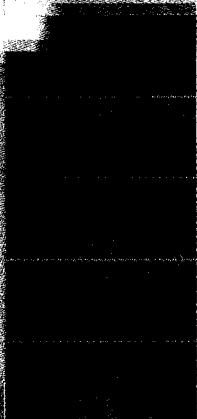
Neste espectro de alterações as únicas facetas em que estes dois grupos não se diferenciam estatisticamente são no plano da Amabilidade (A), da ansiedade (N1), da confiança (A1), da hostilidade (N2), da rectidão (A2), da ordem (C2), da assertividade (E3), das acções (O4), da complacência (A4), da impulsividade (N5), da procura de excitação (E5), da modéstia (A5) e da deliberação (C6). No total apresentam 12 parâmetros (11 facetas e um factor) em que não revelam diferenças significativas face ao grupo de origem, todavia, na grande maioria (23 parâmetros distribuídos por 4 factores e 19 facetas) as

participantes de raça negra apresentam um perfil significativamente diferente da restante amostra. Para uma maior pormenorização veja-se Anexo J.

Num escrutínio que se pretendia exaustivo foram igualmente submetidas a avaliação estatística um conjunto de variáveis habitualmente citadas na literatura como sendo “de risco para o parto prematuro”. Assim, foram constituídos os seguintes subgrupos amostrais: a) Subgrupo de mulheres com idades nos limites etários da amostra (17 – 18 anos; e depois dos 35 anos); b) Subgrupo de mães que já tinham tido outro filho nascido prematuro e c) mulheres com problemas de saúde anteriores à gravidez, ou seja, que apresentavam uma condição/doença crónica. Cabe assinalar que nenhum dos três subconjuntos amostrais revelou alterações estatisticamente significativas, o que se poderá traduzir como não tendo sido identificadas diferenças entre os perfis de personalidade destas participantes e os da amostra em geral.

Relativamente à ocorrência de “Acontecimentos de vida traumatizantes” (VB13) e o perfil factorial, registaram-se diferenças significativas ao nível dos factores e facetas entre o grupo de participantes que sofreu a ocorrência de um acontecimento de vida traumático durante a gravidez e o grupo sem registos neste domínio. Na verdade, os primeiros revelaram-se mais ansiosos (N1), mais depressivos (N3), com mais sentimentos (O3), menos emoções positivas (E6) e são igualmente mais Neuróticas (N) conforme o quadro que se segue:

Quadro 5.11: Comparação do Perfil Factorial das Participantes com (n = 37) e sem (n = 263) um “Acontecimento de Vida Traumatizante”.

| FACTORES E FACETAS | MÉDIA | t |
|--------------------|----------------------|--|
| N1 | M (n = 37) = 22,57 |  |
| | M (n = 263) = 19,92 | |
| N3 | M (n = 37) = 17,65 | |
| | M (n = 263) = 15,62 | |
| O3 | M (n = 37) = 20,54 | |
| | M (n = 263) = 19,37 | |
| E6 | M (n = 37) = 19,32 | |
| | M (n = 263) = 20,66 | |
| N | M (n = 37) = 102,11 | |
| | M (n = 263) = 94,06 | |

p < 0,0001 - ****, p < 0,001 - ***, p < 0,01 - **, p < 0,05 - *

No que diz respeito ao grupo de participantes que fizeram uma “Tentativa de interrupção voluntária da gravidez” (VB10; $n = 32$), quando comparado o seu perfil factorial com as restantes participantes ($n = 237$), obtiveram-se as seguintes diferenças significativas: as primeiras revelaram-se mais Calorosas (E1) – $M(32) = 21,13$; $M(237) = 20,32$, $t(269) = 2,21$, $p = 0,03$ e menos Competentes (C1) – $M(32) = 18,44$; $M(237) = 19,97$, $t(269) = 2,75$, $p = 0,01$.

Quando comparado o perfil factorial das participantes que já tinham tido outro filho prematuro (VB9 – “Outros filhos nascidos prematuramente”; $n = 23$) com as demais (participantes que não tinham mais nenhum filho prematuro; $n = 249$), não se registaram diferenças significativas entre os dois subgrupos. Contudo, com vista ao esclarecimento da questão subjacente a esta avaliação (isto é, será que mulheres que já tiveram mais do que um filho prematuro apresentam alterações no seu perfil, quando comparadas com as demais que apenas têm um filho prematuro), efectuou-se uma outra comparação, desta feita entre o subgrupo de mulheres com mais do que um filho prematuro ($n = 23$) com o subgrupo de mulheres que já não eram primíparas e que não tinham tido mais nenhum filho pré-termo ($n = 99$). A razão desta estratificação prendeu-se com o facto da maioria das participantes da amostra serem primíparas ($n = 202$) podendo enviesar a comparação inicialmente estabelecida entre o grupo de mães com mais filhos prematuros e a restante amostra. Assim foi possível confirmar não existirem diferenças significativas entre o perfil de mulheres múltiparas e as que já tinham outros filhos nascidos prematuramente.

No intuito de esmiuçar as eventuais associações entre (grau de) prematuridade e personalidade efectuaram-se correlações entre o perfil de personalidade da amostra completa, a idade da mãe à data do nascimento prematuro (VB1a) e os indicadores de prematuridade à nascença, ou seja, “Idade Gestacional” (VA2) e “Peso à Nascença” (VA3). Da matriz correlacional obtida apenas se verificou existir uma forte correlação positiva entre os indicadores de prematuridade. Assim, quanto

menor a idade gestacional menor o peso à nascença ($r(301) = 0,79$; $p = 0,0001$). À semelhança do atrás referido constatou-se existir novamente as correlações já discutidas entre o perfil de personalidade e a idade materna (VB1a).

Na comparação entre os dois grupos constituídos pelas participantes com ($n = 38$) e sem ($n = 263$) “Doença crónica anterior à gravidez” (VB14) apenas se observaram diferenças significativas na faceta Modéstia (A5) [$M(38) = 21,55$; $M(263) = 20,41$; $t = 2,12$; $p = 0,34$], não merecendo por isso maior detalhe.

No mesmo plano, quanto à “Gravidez considerada de risco desde o início” (VB7), as participantes $M(96) = 21,06$ cujo diagnóstico de risco foi feito de início, revelam ser mais ansiosas (N1) que as restantes $M(205) = 19,87$, a quem não foi feito semelhante diagnóstico ($t = 2,47$, $p = 0,01$) o que corrobora as expectativas inicialmente alvitadas quanto a esta comparação estatística.

Verificaram-se distribuições estatisticamente significativas do cruzamento entre “Doença crónica materna anterior à gravidez” (VB14) e “Gravidez considerada de risco desde o início” (VB7). Assim, regista-se que a ocorrência de uma condição crónica na mulher está associada a uma maior probabilidade de diagnóstico de gravidez de risco ($\chi^2[301] = 10,94$; $p = 0,0001$).

5.5 Considerações Finais

Com vista à construção de um significado assente nas variáveis clínicas e psicológicas da amostra esboçam-se, em forma de síntese, os diferentes resultados contemplados no actual capítulo.

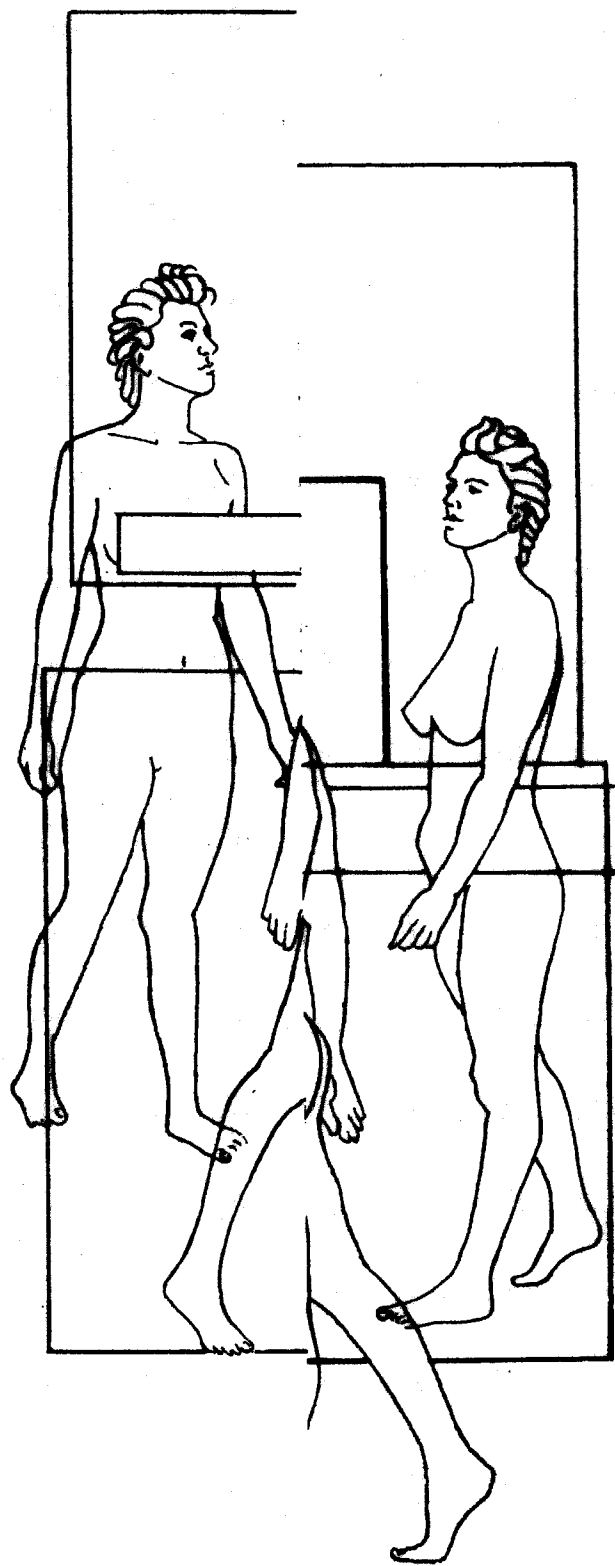
As variáveis clínicas desenham uma figura feminina, mãe de uma criança prematura com as seguintes características: tinham vinte e oito anos

quando nasceu o filho prematuro, são maioritariamente primíparas, de raça caucasiana, casadas, habitam com o parceiro em domicílio próprio. Têm mais anos educativos que o parceiro e ocupam posições mais diferenciadas que este, sendo que a maioria trabalhou durante a gravidez, exercendo actividades que requeriam esforço físico. O diagnóstico de gravidez de risco atingiu apenas a expressão de 31,89% neste grupo de mulheres. Durante o período gravídico, verificou-se a necessidade de serem submetidas ao repouso absoluto, sendo que estes antecederam muitas vezes o parto prematuro. Das múltiparas, 23,23% já têm outro filho nascido prematuro. Embora planeada, desejada e vigiada a gravidez, registaram-se algumas tentativas de IVG. Ficaram igualmente patentes alguns tipos de doença crónica cuja incidência se revela anterior à gravidez. A gravidez decorreu principalmente sem a ocorrência de acontecimentos de vida traumatizantes ou incidentes traumáticos. Um grupo menor destas mulheres fumava durante a gravidez e consumia substâncias tóxicas. O desfecho do período gravídico deu-se maioritariamente com recurso ao parto por cesariana, levando ao nascimento de um bebé prematuro com aproximadamente 1647,90 gramas e 31,63 semanas de gestação.

Os resultados das variáveis psicológicas são indicadores de um perfil de personalidade caracterizado pela extroversão (E) e pelo parco neuroticismo (N). Neste último domínio, a mãe do prematuro revela ser pouco hostil (N2), pouco deprimida (N3), pouco vulnerável (N6) e ter menos auto-consciência (N4). No plano da extroversão, é mais assertiva (E3), tem mais necessidade de actividade (E4) e revela ter mais emoções positivas (E6). Se, por um lado, valoriza pouco a estética (O2) e as acções (O4), por outro revela mais ideias (O5) e mais valores (O6). É uma mulher altruísta (A3), com boa auto-disciplina (C5) mas que é menos deliberada (C6) e dá pouca importância ao dever (C3).

Tratando-se de um “ser” e não de um “estar”, desenha-se a imagem de uma mulher cuja dinâmica de funcionamento psicológico é caracterizada pela exteriorização, um registo marcado de “dentro para fora” veiculado

através de um assinalável espaço de afirmação do feminino. Num primeiro momento, perante a robustez de tal estrutura feminina e a sua marcada dinâmica de funcionamento, poder-se-á interrogar sobre a dimensão e localização da instância do materno. O próximo capítulo visa aprofundar e ampliar a discussão dos pontos acima assinalados, que caracterizam este aparente “jogo de forças” entre as dimensões do feminino e do materno na mulher que é mãe prematura.



CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

O processo de construção de um significado do conjunto alargado de resultados relatados no anterior capítulo, será conduzido com recurso a três níveis de análise e discussão. Num primeiro momento de significação, descrever-se-á e discutir-se-á o perfil factorial da personalidade da amostra, de forma holística e integrada. Na segunda etapa de significação, a discussão centrar-se-á na ampliação da informação personológica, através da análise comparada de diferentes pares de factores: 1) Neuroticismo e Extroversão; 2) Extroversão e Amabilidade; 3) Extroversão e Conscienciosidade; 4) Abertura à Experiência e Amabilidade e 5) Amabilidade e Conscienciosidade. Num último momento de significação, discutir-se-á a personalidade das mulheres que são mães de um filho prematuro, com base nas directrizes da Psicologia da Saúde e da Psicologia da Gravidez e da Maternidade e na compreensão sócio-histórica decorrente dos estereótipos sociais do género. Por fim, a personalidade da mulher que é mãe de um prematuro será inscrita nas mais recentes teorizações sobre as dimensões do “feminino” e do “materno”.

6.1 Primeiro Nível de Significação do Perfil de Personalidade: Leitura Conjunta dos Traços de Personalidade

Da leitura do conjunto de resultados com diferenças estatisticamente significativas referentes aos registos personológicos de mães prematuras resulta um perfil que se designa por “polarizado”. Por um lado, o forte domínio da Extroversão, por outro, e em estreita articulação com este, o ténue domínio do Neuroticismo. Se o domínio da Extroversão, pelo facto de se elevar aos valores normativos, polariza positivamente o perfil, o domínio do Neuroticismo, por ser inferior aos valores normativos para a população portuguesa, resulta de forma contrária, polarizando negativamente o perfil. Todavia, no seu conjunto e integrando as diferentes facetas que também emergiram com diferenças significativas, desenha-se um perfil de personalidade alicerçado numa matriz integrada e consistente.

Tratando-se de mulheres pouco neuróticas, são seguras, amigáveis, confiantes, de humor constante e relaxadas. Têm um temperamento moderado,

pouco depressivo e, como tal, raramente são invadidas por sentimentos de tristeza, melancolia, solidão, desespero ou culpabilidade. São mulheres para quem a vida faz sentido, que gostam da vida que levam, sentem que vale a pena vivê-la e, por isso, sentem-se satisfeitas consigo próprias. Na globalidade revelam uma estabilidade emocional sustentada nos traços que integram esta esfera da estrutura da personalidade. Sem que tais características constituam factor de interferência à estabilidade emocional, são pessoas enérgicas que necessitam de estar ocupadas. Amantes da diversão, vivem em constante actividade, sendo o seu tempo sempre muito preenchido - embora detentoras de um ritmo rápido e vigoroso, vivem constantemente apressadas. Porventura decorrente desta agitação, ou simplesmente porque se sentem bem assim ou por estarem de bem com a vida e consigo próprias, optam pelo familiar, por seguir a rotina, mantendo-se fiéis à sua maneira de ser.

Sendo hábeis em fazer a leitura do contexto e portadoras de um conjunto de aptidões sociais, exibem comportamentos ajustados à sua situação social. Por outro lado, com recurso a uma boa auto-estima, não são nem tímidas, nem envergonhadas, nem tão pouco sofrem de ansiedade social. Assertivas, dominantes, confiantes e decididas, exibem uma notória força de vontade. O facto de possuírem uma assinalável capacidade para falar sem hesitações, aliada à sua ascendência social, faz com que estas mulheres assumam facilmente posições de líderes de opinião. Este aglomerado de atributos é revelador de uma franca necessidade de afirmação pessoal e dominância social, sendo certo que estas mulheres elegem situações que fazem apelo a estas facetas.

No domínio relacional sobressaem as características da extroversão, sociabilidade, optimismo e uma afectuosidade caracterizada por sentimentos de felicidade e amor. Alegres, generosas, conversadoras, espirituosas e divertidas, dificilmente se ofendem ou zangam. Com uma notável capacidade de descentração, são detentoras de uma genuína preocupação pelos outros, assumindo os seus problemas e elevando, se a situação assim o exigir, esta vontade de ajuda ao seu próprio sacrifício. Revelam não só maior segurança nas situações relacionais e sociais como também quando confrontadas com

situações de stress ou de crise. Não sendo vulneráveis, nem entrando em pânico, actuam de forma competente e resistente. Deste modo, lidam de forma adequada com a tensão, exibindo uma reactividade ajustada à situação de crise que estão a vivenciar.

No plano estético, não revelam grande sensibilidade para a apreciação da beleza ou da arte. Não obstante, demonstram curiosidade intelectual ao nível do argumento filosófico ou da resolução de quebra-cabeças. Na esfera das ideias são menos pragmáticas e não se limitam exclusivamente ao factual. Demonstrando ser tolerantes e não-conformistas, assumem uma notável capacidade para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos, capacidade essa que se evidencia no facto de não aderirem estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos ou obrigações morais. Por serem pouco rigorosas em relação a estas questões, tornam-se, por vezes, irresponsáveis. Esta realidade é corroborada pela sua natureza pouco deliberada fazendo com que, por vezes, actuem sem pensar nas consequências. Contudo, no seu melhor, são espontâneas e revelam ser capazes de, no momento, tomar decisões perspicazes.

A forte auto-disciplina que as caracteriza permite que se mantenham motivadas na prossecução de um objectivo, pese embora o cansaço, a frustração ou eventuais distrações. A elevada tolerância à frustração que aparentam faz com que sejam mulheres que dificilmente cedem à prostração ou à desistência.

Eis o perfil integrado das mulheres que têm filhos prematuros. Seguidamente procurar-se-á detalhar este perfil com recurso à análise comparada de pares de domínios.

6.2 Segundo Nível de Significação do Perfil da Personalidade: Os Domínios Comparados

A fim de dotar o perfil de personalidade até então traçado de outros significados, efectuar-se-á a justaposição e análise de 5 pares de domínios: 1)

O Plano Afectivo (Neuroticismo e Extroversão); 2) O Plano Interpessoal (Extroversão e da Amabilidade); 3) Padrões de Actividade (Extroversão e Conscienciosidade); 4) O Estudo das Atitudes (Abertura à Experiência e Amabilidade) e 5) Dimensões Básicas do Carácter (Amabilidade e Conscienciosidade) [Costa & McCrae, 1980; McCrae & Costa 1989, cit. Lima, 1997].

6.2.1 Plano Afectivo

A análise da dimensão afectiva é conduzida através de uma reflexão que articula os domínios Neuroticismo e Extroversão. Nestes quadrantes, e tal como previamente referido, verifica-se que a amostra apresenta um perfil de menor Neuroticismo e maior Extroversão, indiciando uma dimensão afectiva que se apresenta claramente vocacionada para a exteriorização. Com este padrão estrutural, constata-se que o registo afectivo predominante segue naturalmente uma trajectória de exteriorização, por oposição a um registo de interiorização (como seria expectável se se tivesse verificado uma inversão nos resultados deste dois factores). Dito de outro modo, as mães prematuras apresentam uma dinâmica afectiva que, em linguagem comum, se poderá descrever como projectada de “dentro para fora”. Obedecendo à mesma lógica, se a preponderância factorial se apresentasse invertida (Neuroticismo mais elevado, Extroversão mais baixo), o plano afectivo traduzir-se-ia num registo afectivo de “fora para dentro”.

Segundo os autores do inventário Costa & McCrae (cit. Lima, 1997, p. 218), os sujeitos mais felizes apresentam o factor Extroversão mais elevado e, contrariamente, o factor Neuroticismo baixo. A inversão deste padrão (isto é, baixo Neuroticismo e elevada Extroversão) está frequentemente associada a grupos clínicos, como é o caso dos sujeitos deprimidos.

Em relação à qualidade dos afectos, constata-se que o afecto que emerge do perfil designado se afigura como caracteristicamente positivo. As facetas que revelam alterações de relevância estatística vêm enaltecer ainda mais a

primeira leitura factorial. Senão, veja-se a figura 6.1, indicadora deste agregado de facetas com diferenças significativas.



Figura 6.1: Plano Afectivo – Facetas com Diferenças Significativas

Do conjunto de facetas justapostas regista-se que a dimensão dos afectos não faz apelo a traços depressivos ou a qualquer registo de afectividade negativa. Pelo contrário, a mulher que é mãe de uma criança pré-termo aparenta ser calma, com humor constante, relaxada, segura, com auto-satisfação, revelando-se capaz de fazer face a situações de tensão sem ficar transtornada. É amigável, possuidora de um temperamento mais moderado, para quem a ofensa ou zanga são afectos pouco conhecidos. Apraz ainda assinalar que é uma pessoa confiante, para quem a vida não só faz sentido, como também vale a pena ser vivida e partilhada. Refira-se que raramente experimenta a tristeza, a melancolia, a solidão, o desespero e a culpabilidade.

De acordo com o traço de auto-consciência, verifica-se que estão em causa mulheres portadoras de boas aptidões sociais, sentindo-se mais à vontade em situações que apelam a estas aptidões. Com efeito, demonstram uma maior segurança nestas situações, sustentada em comportamentos socialmente adequados à situação em que se encontram.

Confrontadas com a crise e em situações de emergência, não revelam ser vulneráveis, não se enervam facilmente, nem entram em pânico. Ou seja, reúnem competências de coping que, sem prejuízo da sua independência, lhes permitem lidar de modo adequado com a tensão experienciada. Conseguindo “manter a cabeça fria”, são competentes e resistentes, o que lhes confere a capacidade de produzir atitudes e comportamentos ajustados a situações difíceis.

Na verdade, trata-se de mulheres extrovertidas, sociáveis, afirmativas, optimistas, amantes da diversão, afectuosas, activas, alegres e conversadoras. Confirma-se serem pessoas assertivas, dominantes, confiantes e decididas, revelando uma notória ascendência social e força de vontade. Tal como outrora enunciado, estes traços de personalidade conferem-lhes uma notável capacidade para falar sem hesitações perante terceiros e assumir, com relativa facilidade, a posição de líderes de opinião, enaltecendo este perfil, nomeadamente no que concerne à dinâmica afectiva. Constata-se assim existir uma tendência intrínseca e igualmente manifesta para a exteriorização (projectão de ideias e de afectos).

As facetas de Actividade e de Emoções Positivas fazem igualmente prova da dimensão afectiva. Na verdade, sendo mulheres enérgicas, rápidas, apressadas e vigorosas, cujo tempo é sempre muito preenchido, são simultaneamente alegres, espirituosas, divertidas e com um espaço afectivo interior onde predominam emoções positivas, como a alegria, a felicidade e o amor.

Em suma, define-se uma imagem do plano afectivo reveladora de dimensões que se centram na exteriorização dos conteúdos afectivos, sendo estes inequivocamente matizados de teor positivo. Em jeito de eco do que se tem vindo a descrever, são mulheres que vivem bem consigo próprias na sua condição feminina, exteriorizando os afectos, agindo de forma activa e posicionando-se preferencialmente no plano social.

6.2.2 Plano Interpessoal

Para a compreensão deste plano, importa considerar os domínios da Extroversão e da Amabilidade, os quais permitem desvendar as formas e os contornos das relações interpessoais. Devido à consistência do perfil da amostra, constata-se que a análise evidencia um nítido interface com o Plano dos Afectos. Esta constatação era, em parte, expectável, visto os dois planos apresentarem um denominador comum (o factor Extroversão). Contudo, esta afirmação decorre da congruência do perfil obtido ao nível das diferentes facetas que subjazem aos dois factores.

Neste cruzamento factorial sobressai um conjunto de pessoas extrovertidas, sociáveis, afirmativas, optimistas, afectuosas, activas, alegres, corteses e altruístas. De natureza filantrópica, revelam uma genuína preocupação e vontade de ajudar o próximo, como ilustra a figura que se segue.

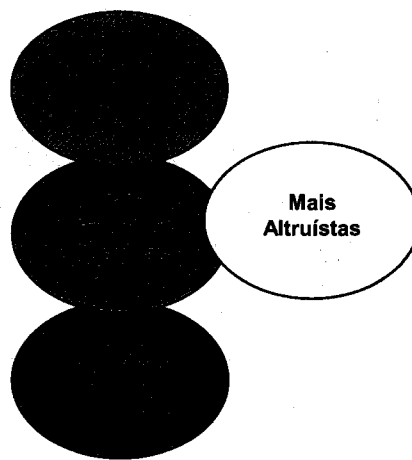


Figura 6.2: Plano Interpessoal – Sumário das Facetas com Diferenças Significativas

Se, por um lado, o espaço facultado pela presença do outro confere a estas mulheres uma espécie de palco onde exercitar as competências que detêm no campo social - facto que impera da leitura das facetas e do próprio factor Extroversão (muito assertivas, muito activas) – certo é que este espaço não serve apenas como espaço de projecção pessoal ou narcísica. Em abono da compreensão plena do Plano Interpessoal, importa salientar que no palco

interpessoal não estão somente em cena as facetas do actor social. Registam-se também dimensões relacionais, onde imperam movimentos de valorização e preocupação proactiva pelo outro (Emoções Positivas e Altruísmo).

Sublinha-se porém que não estão em causa relações imbuídas de uma grande intimidade, já que se regista apenas uma faceta do factor amabilidade com diferenças significativas (Altruísmo, sendo de ordem mais social do que pessoal/afectiva) e que, simultaneamente, não se revelou significativa a diferença na escala de Acolhimento Caloroso (que se trata da faceta de Extroversão com ligação mais estreita ao domínio da Amabilidade, mais associada à intimidade interpessoal).

Resumindo o plano contemplado, assinala-se que, na estrutura personológica observada, o espaço do outro existe e afigura-se de primordial importância, não somente no que se refere à expressão/manifestação das competências sociais, mas também no que concerne à valorização da dinâmica relacional ou dos atributos diádicos que advêm de uma relação interpessoal. Em presença desta plena “conjugalidade” ou “mutualidade” das dinâmicas interpessoais (isto é, afirmação/relação pessoal e social), compreende-se a razão pela qual estas mulheres se sentem deveras agradadas e/ou satisfeitas com as suas vidas.

6.2.3 Padrões de Actividade

Os Padrões de Actividade, reflectidos através da análise conjunta das dimensões de Extroversão e Conscienciosidade, são indicadores de mulheres enérgicas, para quem a actividade e a ocupação são indispensáveis. Esta afirmação tem por base as seis escalas que prefiguram as alterações significativas nestes dois domínios, como se observa na figura seguinte.

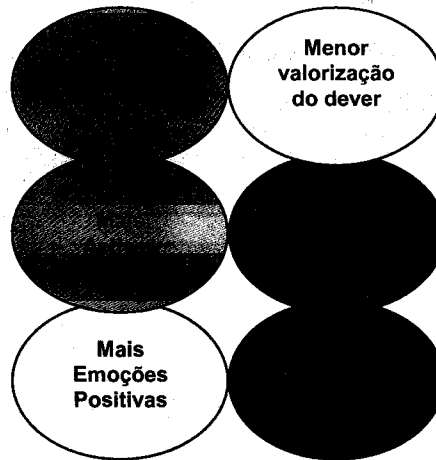


Figura 6.3: Padrões de Actividade – Sumário das Facetas com Diferenças Significativas

Perante a energia, a actividade, a ascendência social, a força de vontade, a confiança, a capacidade de decisão, é-se confrontado novamente com uma força anímica privilegiada para o exterior e envolta num manto de optimismo, alegria e sociabilidade.

Acentuando ainda mais o notável padrão de actividade, verifica-se estar perante mulheres com ritmo rápido e vigoroso e que necessitam de estar ocupadas. Face a estes Padrões de Actividade, é possível caracterizar as mães prematuras que integraram a amostra como vivendo em constante actividade, para quem o tempo é sempre muito preenchido e que, embora rápidas nas suas execuções, vivem numa constante azáfama.

Seguindo um trilho interpretativo, a actividade que emana destas mulheres, parecendo envolver todo o seu ser, assume também uma função protectora ou defensiva, na medida em que os resultados apontam para o facto da ocupação permanente ser uma necessidade intrínseca. A postura defensiva ora desenhada e os seus mecanismos serão objecto de posterior reflexão.

São mulheres alegres, espirituosas, divertidas e com mais emoções positivas, como a alegria, a felicidade e o amor e, consequentemente, sentem-se mais agradadas com a vida que vivem. Verifica-se também que, por vezes, não

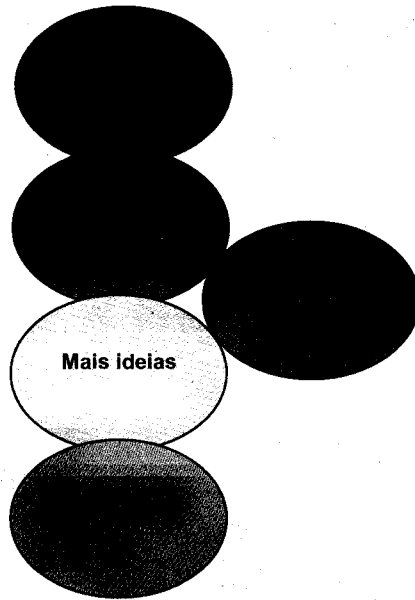
aderem estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais. Tornam-se, por essas razões, ocasionalmente menos rigorosas com questões de índole normativa, evidenciando, assim, comportamentos irresponsáveis.

Contudo, é curioso constatar-se que os supostos comportamentos de irresponsabilidade surgem em mulheres que manifestam possuir mais auto-disciplina do que o grupo populacional. Acresce salientar que os tais comportamentos não decorrem de dificuldades sentidas pelas próprias em se manterem na prossecução de um objectivo, já que estas possuem uma elevada tolerância à frustração, tornando-as muito resistentes aos factores cansaço e desistência. Por último, assinala-se ainda que talvez seja possível enquadrar os comportamentos ditos irresponsáveis, num contínuo comportamental que se prende com a deliberação. De facto, registou-se nos padrões de actividade uma menor deliberação, o que faz com que assumam para consigo próprias e para com os demais, uma postura espontânea, por vezes agindo de forma irreflectida.

Ao finalizar, há que sublinhar novamente que o registo predominante da amostra aponta no sentido de uma actividade projectada de “dentro para fora”, num registo interpessoal marcado, também ele, pela exteriorização das relações, afectos e comportamentos.

6.2.4 O Estudo das Atitudes

O Estudo das Atitudes apela a uma justaposição analítica dos factores de Abertura à Experiência e Amabilidade. As atitudes predominantes, por valores superiores ou inferiores à média, centram-se nos planos estéticos, ideológicos, de valores sociais e no campo das acções. Naquilo que ao factor de Amabilidade diz respeito, o altruísmo assume, neste caso particular de mães prematuras, a principal referência, como se ilustra na seguinte figura.



**Figura 6.4: Estudo das Atitudes – Sumário
das Facetas com Diferenças Significativas**

Do que é dado a observar no plano estético, constata-se a existência de uma parca sensibilidade à beleza e à arte. Completando este mosaico factorial, percebe-se que, na esfera das acções, assumem uma clara preferência pela rotina normal e pela sua habitual maneira de ser. Optam convictamente pelo familiar, não evidenciando nenhum desejo particular na procura de novas actividades ou passatempos. Numa óptica de simplicidade, pode afirmar-se que: “estão bem como estão”.

No campo do desenvolvimento do potencial intelectual, não só revelam curiosidade como também aparentam apreciar argumentos filosóficos e a resolução de passatempos cognitivos. Serão menos pragmáticas e menos factualmente orientadas na esfera das ideias, o que parece enquadrar-se com a espontaneidade revelada através da menor deliberação.

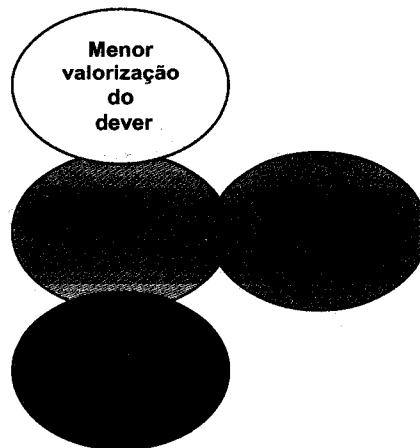
Dotadas de uma capacidade clara para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos, são tolerantes e não-conformistas. Estas facetas apontam no sentido de se tratarem de pessoas não conservadoras, detentoras de uma franca abertura de espírito. Nas atitudes menos cognitivas e mais filiativas, as

facetas que se enquadram no factor da Amabilidade propiciam atitudes de auto-sacrifício, de disponibilidade para a ajuda e de generosidade, no que toca ao outro.

No cômputo geral, as mães prematuras que integraram a presente investigação revelam-se capazes de questionar os seus próprios valores, sendo muito pouco ou quase nada rígidas, assumindo uma postura absolutamente flexível no que diz respeito às suas próprias atitudes.

6.2.5 Dimensões Básicas do Carácter

Uma análise conjunta da expressão factorial Amabilidade e Conscienciosidade, poderá indiciar as dimensões básicas do carácter das participantes. A figura infra ilustra as quatro facetas em que se alicerçam as dimensões básicas do carácter da mãe prematura.



**Figura 6.5: Dimensões Básicas do Carácter –
Sumário das Facetas com Diferenças Significativas**

Seguindo o rasto das facetas acima identificadas, esboça-se a imagem de uma mulher pouco conformista, orientada para a ajuda do seu semelhante e com boa capacidade para alcançar os objectivos a que se propõe. Mais uma vez é curioso notar que, embora possuindo uma boa auto-disciplina, agem ocasionalmente sem medir as consequências, correndo o risco, pela não

valorização da noção de dever, de se tornarem irresponsáveis. Assiste-se a uma clara plasticidade e flexibilidade no que diz respeito às dimensões básicas, orientadas em função da ajuda ao outro.

Em conclusão, admite-se que as Dimensões Básicas do Carácter destas mulheres, que são mães prematuras, revelam uma dinâmica expressiva cuja orientação segue predominantemente um de dois cursos: 1) no sentido do agir, algo que vai ao encontro da análise dos Padrões de Actividade e 2) no sentido do outro, corroborando de igual modo o atrás assinalado em relação à natureza das relações no Plano Interpessoal. Qualquer um destes cursos corrobora a noção de exteriorização que tem vindo ser apontada de forma recorrente ao longo da presente discussão.

Subindo mais um patamar com vista à construção e elaboração do significado que subjaz ao perfil personológico da mãe prematura, segue-se uma discussão norteada por diferentes constructos e conceitos teóricos.

6.3 A Construção de um Significado: A Personalidade da Mãe Prematura

Para um cabal esclarecimento do perfil obtido, é imperativo procurar esclarecer as implicações várias desta matriz personológica. Pretende-se clarificar o contributo do colectivo de traços registados com diferenças significativas para o que, na esfera da sociedade contemporânea, se entende por “ser mulher” e “ser mãe”. Como será esta mulher? Como será como mãe? Que repercussões poderão advir deste conjunto de traços de personalidade para, em primeira instância, a vivência do feminino e, ainda, para a vivência do materno? Na busca de respostas a tais questionamentos, o perfil da amostra será discutido e analisado em três planos, tendo como referência as dimensões do Feminino e do Materno: 1) num primeiro plano, à luz dos ensinamentos da Psicologia da Saúde e da Psicologia da Gravidez e da Maternidade; 2) num segundo plano, com recurso aos Estereótipos Sociais do Género e, 3) em última instância, recorrendo a uma análise dotada de maior actualidade assente em propostas teóricas sobre o que se procura circunscrever ao Feminino e ao Materno.

Recapitulando então o perfil obtido, observa-se que o mesmo é indicativo de mulheres extrovertidas, assertivas, activas e enérgicas, dominantes, altruístas, com ascensão social, pouco vulneráveis, com mais emoções positivas, pouco neuróticas, pouco hostis, pouco deprimidas e com menos auto-consciência. Não valorizam a estética, as acções e o dever mas valorizam enfaticamente as ideias e os valores. Embora tendo uma boa auto-disciplina, são menos deliberadas.

São mulheres funcionais, ajustadas do ponto de vista psicológico e que reúnem um aglomerado de dimensões pessoais valorizadas pela sociedade contemporânea. Na verdade não se vislumbra qualquer tendência psicopatológica num perfil que, antes pelo contrário, espelha de forma consistente a robustez da sua saúde mental. Não se desvenda qualquer indício de neuroticismo. Ao invés, revelam ser manifestamente pouco neuróticas (significativamente menos neuróticas que a população feminina em geral). Revelam ser igualmente mais extrovertidas, demonstrando estar bem consigo próprias e com a vida que levam, erguendo-se neste plano mais um argumento justificativo da ausência de psicopatologia. Face ao exposto, o presente estudo contraria algum material constante da bibliografia, como por exemplo Omer, Friedlander & Palti (1986a) que, não só descrevem a personalidade destas mães como sendo marcada por traços de ansiedade, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo, como também afirmam que as tendências psicopatológicas avaliadas poderão constituir-se como as melhores preditoras do parto prematuro. Com recurso aos dados recolhidos através da amostra em análise não se afigura possível fazer qualquer afirmação desta natureza ou mesmo confirmar resultados como os de Rychmachevsky (1990) que refere a existência de um padrão sindromático classificado de “psicogénico-neurótico” e um perfil designado por “ansioso-fóbico”, revelando um pico nas escalas da tríade neurótica.

Relativamente ao argumento da incidência de psicopatologia na população de mães prematuras, há ainda que tecer algumas considerações a respeito de duas dimensões frequentemente elencadas pela literatura e pelas abordagens empíricas: a ansiedade e a depressividade. Com efeito na prática clínica com

estas mães, nomeadamente naquelas cujo confronto com a situação da prematuridade ainda é recente, observa-se um humor pautado pela ansiedade, depressividade e culpabilidade, que não raras vezes motiva a intervenção psicológica. Todavia, este humor depressivo ou ansioso em mães prematuras que acabam de o ser (também observado na avaliação de algumas das participantes da amostra), assume fundamentalmente uma dimensão de estado (de ansiedade e/ou depressividade). Na esfera do “ser”, os resultados ilustram de forma clara que não são mulheres ansiosas ou deprimidas. São mulheres que, perante um determinado momento crítico da sua vida, estão ansiosas ou deprimidas. Tal como se observou nos resultados em apreço, não estão patentes nestas mulheres traços de depressão ou ansiedade. Comparativamente aos dados normativos, revelam inclusivamente ser menos deprimidas que a mulher portuguesa em geral. Ora, neste ponto, os resultados da presente investigação fazem eco dos dados de Cornee, Mamelle, Measson et al (1994), que também não encontraram diferenças significativas quanto às dimensões de depressão e ansiedade.

Procurando contribuir para a reflexão que a literatura tem levado a cabo sobre o impacto destas respostas emocionais para a relação mãe-filho, regista-se que os dados em análise ilustram de forma clara que psicólogos e técnicos de saúde em geral devem estar alertados para a problemática da reactividade psicológica aquando do pós-parto e primeiras vivências maternas. No que é dado a conhecer através do perfil da amostra, as manifestações de humor depressivo ou ansioso correspondem a respostas defensivas e de ajustamento psicológico à situação de crise que uma mãe que acaba de dar à luz um filho prematuro está a vivenciar. Caberá aos psicólogos e aos técnicos de saúde mental intervir junto destas mães, a fim de promover uma adaptação à situação de prematuridade tão célere quanto possível, de modo a ultrapassarem tais estados anímicos, permitindo-se usufruir da plenitude dos recursos estruturais de que dispõem para a vivência da maternidade.

Partindo rumo à discussão sobre o que representará “ser mulher” e “ser mãe” com o traçado de personalidade observado, importa desde já reflectir sobre os níveis de actividade e recursos para lidar com situações de stress. Em primeiro

lugar sublinha-se que foram anotados vários registos na literatura que fazem apelo a estas dinâmicas. Por exemplo, no Modelo Psico-fisiológico da Prematuridade de Omer, Nishri & Neri (1987), é defendido que as mulheres que têm filhos prematuros são autónomas e exibem uma hiper-reactividade física e psicológica, evidenciadas por níveis mais baixos de reactividade muscular à estimulação eléctrica e boa capacidade de resposta a intervenções para a redução da ansiedade. Estes indicadores vão ao encontro dos traços acima identificados que reenviam para uma aparente necessidade de níveis de ocupação física e psicológica constantes e, bem assim, para a existência de recursos de gestão de stress que fazem com que, apesar de se encontrarem permanentemente ocupadas e apressadas, sejam capazes de produzir respostas de coping ajustadas.

Na mesma linha de raciocínio sobre os padrões de actividade e as respostas de coping, Demyttenaere & Maes (1995) vêm reforçar os dados acima expostos, ao revelarem que os estilos de coping em grávidas de risco de parto prematuro são importantes preditores da incidência de prematuridade nestas grávidas. Verificaram existir uma correlação negativa entre o estilo de coping activo e a idade gestacional - quanto mais elevado o estilo de coping activo, maior o risco de parto prematuro. Em função do perfil que se tem vindo a analisar, não é pois de estranhar que o estilo de coping assuma um cariz activo por oposição a passivo.

Ainda a respeito dos níveis de actividade, importa trazer à colação os resultados de Uvnas-Moberg, Widstrom, Nissen et al (1990), que identificaram a existência de uma relação entre traços de personalidade e níveis de prolactina e oxitocina. Relativamente à oxitocina, foram registadas correlações negativas com Ansiedade, Agressividade e Culpabilidade. De acordo com os autores, os traços de personalidade “relacionados com a gravidez” encontrados fazem sentido do ponto de vista biológico. Os baixos valores encontrados na “Tensão Muscular”, bem como a “Psicastenia”, revelam que a mulher se encontra ligeiramente sedada durante a gravidez, o que corrobora a noção geral de que as mulheres se sentem bem durante a gravidez e que, durante este período, o risco de doença física ou mental é menor. Em suma, à luz da

biologia das espécies mamíferas defendem que o conjunto de resultados obtidos reflecte o que se designa por "comportamento materno". Por decalque, postulam a existência na espécie humana de um comportamento materno pré-definido, ainda que facilmente influenciado por variáveis cognitivas.

Na verdade, a discussão sobre o menor ritmo de actividade durante a gravidez tem sido objecto de reflexão por outros autores, como é o caso de Soulé (1992). Numa tónica assumidamente dinâmica, Soulé indica que as grávidas se deveriam dedicar a actividades como o tricotar. Fundamenta este postulado clínico no facto de a gravidez carecer de actividades com baixo recurso energético. O tricotar, sendo uma actividade caracteristicamente serena e viabilizadora da introspecção, revela-se um excelente veículo para a elaboração das fantasias maternas e da capacidade de contenção. Tricotando malha a malha, a mãe vai idealizando o corpo do bebé e ao fabricar-lhe um novo "útero de lã", um contentor de malha, torna-se não só mãe biológica, como também, mãe psicológica deste bebé. Face às características estabelecidas pelo perfil da amostra relativas à sua actividade e recursos energéticos, entende-se que actividades serenas de introspecção e ideação fantasmática, como as descritas por Soulé, não se revelarão certamente tarefas fáceis para a mãe prematura. No perfil de personalidade em discussão, o espaço dominante é inequivocamente o da exteriorização, sendo parco o espaço remanescente para a elaboração ou interiorização de conteúdos afectivos.

Relacionando o comportamento da amostra com as teorizações de Uvnas-Moberg, Widstrom, Nissen et al (1990) e Soulé (1992) - ainda que de quadros referenciais distintos - verifica-se que o baixo nível de desempenho referido por um e a necessidade de períodos tranquilos advogado por outro, em nada se assemelham ao registo de actividade apresentado pela amostra. Assim, a compatibilidade verificada decorre única e exclusivamente da investigação de Demyttenaere & Maes (1995), situando-se ao nível de uma possível relação entre a forma activa como se posicionam na vida e a sua influência para a elaboração do materno e eventual desfecho da situação gravídica.

Esta actividade, aliada a uma menor preocupação com questões do dever (podendo hipoteticamente assumir um comportamento irresponsável) e uma parca deliberação (agem sem pensar nas consequências), aponta para as indicações de Campos (2000), que aqui se revestem de particular importância. Referindo-se à impaciência e intolerância de mulheres que sofrem de contracções prematuras, em resposta às exigências impostas pela gravidez, este autor defende que uma das formas que assiste às grávidas em risco de parto pré-termo, para exercer alguma influência sobre a situação é, em primeiro lugar, não cuidarem devidamente de si ou permitirem-se uma actividade excessiva e, em segundo lugar, recusar cooperar com as instruções médicas. De modo extremado existe ainda uma derradeira alternativa para agirem a sua impaciência e influenciarem a actividade uterina, o que concretizam através da actividade imagética no processo fisiológico – um fenómeno “ideo-automático” no qual a mulher, ao querer acabar com a gravidez, aumentaria as contracções uterinas.

Numa última reflexão sobre os níveis de actividade intrínsecos a estas mulheres, implica assinalar que os mesmos farão com que a redução na mobilidade que uma gravidez acarreta, será sentida por estas como impeditiva ou, na melhor das hipóteses, redutora da sua necessidade de estar em plena “acção”. Tal como se constata na intervenção clínica com esta população, a duração da gravidez é sentida como muito duradoura ou demasiado prolongada no tempo. Sendo a actividade um factor intrínseco ao bem estar da mulher, a inactividade ou os momentos de paragem necessários ao processo gravídico assemelham-se a momentos exasperantes. Não se pretende com isto dizer que a mulher (que posteriormente vem a ter um filho prematuro) não queria ser mãe ou não queria ter o bebé. O filho, enquanto tal, é desejado; a gravidez, nem por isso. Com efeito, são mulheres com projectos de maternidade bem definidos e que desejam ser mães. Contudo, para estas mulheres o estar grávida não assume qualquer dimensão de valorização pessoal ou social, antes pelo contrário. Porque obstaculiza algumas das suas actividades e projectos, o “estar grávida” é sentido como uma condição que limita a expressão plena do “ser mulher”. Por esta razão, e tal como também se

observa em sede de acompanhamento psicológico, estas grávidas aspiram pelo final deste período.

Um outro resultado proveniente da actual amostra de mães prematuras merece ser objecto de detalhe. Embora a caracterização sócio-demográfica, especificamente a variável habilitações literárias, evidencie que não se trata de um conjunto de mulheres particularmente diferenciado, registou-se uma média de habilitações literárias e profissionais (classificada através da Classificação Nacional de Profissões) superior à dos parceiros. Mais ainda, revelam uma taxa de ocupação profissional durante a gravidez que se eleva a 77,74%. Estas performances remetem para um nível de actividade incontornável e traduzem um notório investimento na esfera do desenvolvimento profissional e do desenvolvimento pessoal (educativo, cognitivo). Na mesma linha de raciocínio, e confirmando a valorização profissional por parte de grávidas em risco de parto pré-termo, Herms (1982, cit. De Muylder, 1990) verificou que estas mulheres para além de se revelarem ambivalentes face à gravidez, demonstram ter um conflito entre a gravidez e a carreira profissional. Face a situações de ameaça, apelam às suas defesas constitutivas respondendo com mecanismos intelectuais ou obsessivos.

Ainda no que respeita à valorização dos mecanismos de intelectualidade (busca de novas ideias, questionamento de valores), reconhece-se que os dados corroboram em parte a investigação de Cornee, Mamelie, Measson et al (1994), designadamente no que toca à intelectualidade, na qualidade de mecanismo defensivo da dimensão obsessiva. Importa no entanto registar que, quanto à presença de outros indicadores de obsessividade, os resultados da amostra não são coincidentes com o citado estudo. Cabe porém assinalar que, pese embora a intelectualidade estrutural, numa análise mais qualitativa das facetas que se distinguiram, observa-se novamente que a qualidade desta dimensão simbólica é da ordem do cognitivo, e não do afectivo. Por outras palavras, prevalece uma dimensão simbólica intelectualizada ou cognitiva, não se observando uma dimensão de interiorização ou elaboração de afectos. Bem ao invés, regista-se um movimento acentuado de exteriorização de conteúdos cognitivos.

Uma forte presença do feminino, associada à marcada dinâmica de exteriorização, de comportamentos filantrópicos orientados a favor da relação social e dos consequentes níveis de actividade, fazem emergir uma presumível incompatibilidade de elaboração harmoniosa do projecto de maternidade. As mães observadas parecem excessivamente (pre)ocupadas com a sua afirmação pessoal, demasiadamente orientadas em função dos outros e em prol da sua dominância social para estarem disponíveis para um processo de primordial importância numa gravidez de termo: a gestação emocional. Esta realidade da amostra faz apelo claro aos esclarecimentos de Leal (1997, pp. 211-212), nos quais se salienta que o desejo de gravidez e o desejo de maternidade não têm que ser coincidentes. Podem co-existir e até podem ser dotados de mutualidade existencial, todavia, “a gravidez é uma experiência do próprio corpo, desligada de posteriores consequências e responsabilidades. Afirma-se por si mesma e significa-se em si mesma, tendo como referente dominante a existência de uma feminilidade que nem sempre se conforma às normas da maternidade, que por seu turno, é hoje capaz – por mérito da tecnologia (...) de passar por cima dos antigos limites do corpo e estabelecer-se à revelia de qualquer afirmação de feminilidade”.

De regresso à tendência manifestada de afirmação do feminino, aparentemente cerceando o espaço físico e mental para a afirmação do materno, recordam-se os postulados de Sá (1997) sobre como a convexidade do espaço interior pode comprometer o processo gravídico. Num plano interpretativo análogo, urge contemplar uma abordagem empírica de Mamelle (1986) e as posições teóricas de Maldonado (1992), cujas ilações se complementam mutuamente. Os factores identificados por Mamelle correlacionados com o parto prematuro são: a morte precoce da mãe (perda precoce do objecto materno), problemas ginecológicos na adolescência e má aceitação da puberdade. Na conjuntura global, os factores atrás referenciados reenviam a discussão para os precursores da dimensão materna. Nesta perspectiva, afigura-se plausível que a elaboração de um projecto de maternidade não esteja isento de dificuldades. De modo semelhante, Maldonado afirma que a dificuldade de engravidar ou de levar a gestação a termo decorre, inconscientemente, de uma falta de contenção na relação com a mãe. Não se sentindo ela própria sustentada, a

grávida sente dificuldades em sustentar e carregar dentro de si uma nova pessoa, podendo surgir sensações de vazio, de insatisfação e de não preenchimento. Emergem por vezes fantasias de um bebé voraz, sempre disposto a esvaziar as reservas da mãe. O crescimento do ventre, em vez de proporcionar alegria e tranquilidade, gera o terror de ver este bebé voraz a avolumar-se, encetando um jogo de forças cujo desejo é o de o arrancar de dentro de si, se possível prematuramente. Procurando relacionar o perfil da amostra à descrição ora proferida, recorde-se apenas um dado do senso comum: com o avançar da gravidez, o bebé vai debilitando as reservas físicas e psíquicas da mãe, alterando a sua mobilidade e acentuando as transformações do seu corpo. Se o investimento da mulher vai no sentido da plenitude desta vivência gravídica, como forma de afirmação pessoal e social, estas alterações bio-psicológicas são sentidas por ela como fazendo parte de um todo sobejamente mais vasto e mais importante: “ser mulher”. Por outro lado, e em estreito paralelismo com o perfil da amostra, se a postura dominante se rege pela afirmação pessoal e social dos seus atributos femininos, as transformações da gravidez constituir-se-ão como uma espécie de *handicap* físico e psicológico à sua dominância social.

Que dizer do perfil de personalidade destas mães prematuras e da sua influência para a elaboração e vivências da gravidez e maternidade? Segundo o modelo de Canavarro (2001), delineado no Capítulo III, as representações da gravidez e maternidade decorrem fundamentalmente de duas instâncias: personalidade e processos cognitivos que actuam como mediadores entre os determinantes e as representações. A influência da personalidade sobre estas representações revela-se por si só como um pólo aglutinador de um conjunto de vários determinantes: factores genéticos; factores históricos e sócio-culturais; factores associados à história pessoal (que incluem ainda relações interpessoais e relação conjugal). A respeito dos factores genéticos, recorde-se que este conceito se baseia nos pressupostos de Costa e McCrae, onde estão incluídos também os traços de personalidade.

Por não se dispor de dados relativos aos processos cognitivos, poder-se-á preencher, em modo de mosaico, a informação disponível para cada um dos

determinantes assinalados. Assim, constata-se que em termos de factores históricos e sócio-culturais estas mulheres, embora ainda envoltas em alguns estereótipos sociais do género, encontram-se numa época em que se assiste à fragmentação dos significados do “ser mulher” e do “ser mãe”. Em termos dos factores genéticos e, especificamente no que diz respeito aos traços de personalidade, verifica-se a existência de um perfil factorial que é corroborado pelos factores de desenvolvimento. Estes últimos revelam de igual modo uma mulher que valoriza fortemente a sua dimensão profissional e as relações interpessoais e sociais que estabelece com os outros. Em suma, também as representações da gravidez e da maternidade parecem confluir no mesmo sentido do perfil de personalidade.

Acrescente-se que, na sua generalidade, o perfil de personalidade obtido com mães prematuras, revela não ser único. Estudos anteriores, suportados em amostras recolhidas com mulheres que se encontravam em diferentes etapas do ciclo reprodutor (Cabeças, 2000; Cabral, 2001), apontam para perfis reveladores de uma notável semelhança. Na comparação estabelecida entre o perfil da actual amostra e o perfil obtido com uma amostra de mulheres com história clínica de infertilidade (Cabral, 2001), destaca-se um conjunto assinalável de alterações comuns ao nível das seguintes facetas: Hostilidade, Depressão, Assertividade, Ideias, Valores, Altruísmo e Auto-disciplina. Por seu turno, no segundo estudo cujo perfil de personalidade foi obtido com recurso a uma amostra de mulheres que sofreram uma interrupção involuntária da gravidez (Cabeças, 2000), as dimensões registadas apresentam igualmente pontos de forte concordância com o perfil da amostra de mães prematuras. O nível de similitude registado entre perfis permite alvitrar a existência de uma ligação conceptual ou teórica entre as três amostras (mulheres que sofreram um parto prematuro, mulheres inférteis e mulheres que sofreram uma interrupção involuntária da gravidez), assente, essencialmente, no facto de estar sempre em causa um aspecto da saúde reprodutora da mulher.

Em síntese, verifica-se que o facto de serem portadoras destes padrões de actividade e recursos energéticos, aliado à valorização intelectual ou cognitiva,

coloca estas mulheres numa posição favorável para o que actualmente se entende por “ser mulher” (desenvolvimento e valorizações pessoais e profissionais). No entanto, os elevados níveis de actividade e de exteriorização parecem constituir ameaças a um processo que se requer sereno e de interiorização - a gestação emocional.

Considerando as estonteantes transformações nas mais variadas áreas da humanidade, as profundas alterações em quase todas as vertentes da sociedade, como é o caso da gravidez e da maternidade, urge primeiro discutir estas mudanças numa perspectiva sócio-histórica, como realidades integrantes da Psicologia da Saúde e da Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Como herança histórica, o modelo referente à saúde da mulher descende directamente do modelo médico de cuidados de saúde, reflectindo a dualidade cartesiana da *psyche* e *soma* e a filosofia da ciência médica, baseado no reducionismo biológico que considera o corpo como uma máquina cujo todo se reduz à soma das suas partes. Acresce indicar que, ao assumir o homem como “modelo” e a saúde deste como a “norma”, a investigação que versou a saúde da mulher foi, também ela, imbuída de preconceitos patriarcais. Estes preconceitos estão evidenciados, por exemplo, nas designações linguísticas empregues até há pouco tempo na investigação, onde a designação “adulto humano” reportar-se-ia a uma medida que incidia sobre um aspecto particular da saúde do homem. Constituíam excepção única a esta situação, as medidas que se destinavam a medir a capacidade reprodutora da mulher (Lee, 1998; Sherr, 2000; Ussher, 1992, 2000).

Com o advento do movimento Feminista, os pressupostos patriarcais foram afincadamente questionados, obrigando a uma viragem de paradigma no modelo da saúde da mulher. Actualmente, e partindo da premissa da Psicologia da Saúde, mais do que uma visão singular sobre as influências biológicas para a saúde da mulher, são reforçados os aspectos sociais e do comportamento feminino que podem fazer perigar a sua saúde. De acordo com esta área da Psicologia, os comportamentos, hábitos e atitudes que advêm da construção social do género podem constituir-se, eles próprios,

factores de risco para a saúde e bem estar da mulher contemporânea. Parafraseando Lee (1998), um Modelo de Saúde da Mulher que se pretende verdadeiro não pode ignorar a perspectiva política, outrossim, tem que reconhecer o contexto político, social e cultural em que a mulher vive. Neste sentido, as iniciativas destinadas a investigar a saúde da mulher devem contemplar métodos quantitativos e qualitativos, diferentes unidades de medida, implementar abordagens contextualizadas dotadas de sensibilidade cultural e obedecer a um enfoque tridimensional: a saúde, o contexto e a diversidade.

Procurando corresponder às orientações acima indicadas e como ficou patente no capítulo anterior, procurou-se determinar a relação entre o perfil da amostra e alguns factores considerados de risco para o parto prematuro. Para clarificar revela-se importante esclarecer que se entende o conceito de “factor de risco” como um meio auxiliador da compreensão clínica, permitindo o despiste de determinadas situações susceptíveis de merecerem uma intervenção psico-profiláctica. Com efeito, alguns dos factores de risco analisados correspondiam a indicadores de variabilidade social/cultural. Um dos que mereceu particular destaque, por ser amplamente considerado factor de risco para o parto pré-termo, foi a variável “raça materna”, nomeadamente, a raça negra. Quando se submeteu o perfil deste subgrupo (raça negra) a uma comparação com as suas congéneres de outras raças (raça caucasiana, asiática e mista), verificou-se existir um perfil que pouco ou nada se assemelhava ao da restante amostra. Acresce a esta diferença de perfis, a emergência de uma vasto número de alterações significativas ao nível das diferentes facetas e factores. A título ilustrativo, refira-se tão só que foram detectadas diferenças significativas nos cinco factores do perfil.

Prosseguindo a discussão à luz da construção social do género, afigura-se possível esboçar uma trajectória de desenvolvimento social e elencar quais os atributos mais valorizados numa determinada época e num determinado enquadramento social. Estes atributos pairam sobre a sociedade sob a forma de estereótipos sociais do género. Relativamente à amostra, constata-

se, por via das facetas que se destacam (assertivas, activas, enérgicas, socialmente dominantes, nada vulneráveis ou deprimidas, empenhadas no seu desenvolvimento pessoal), que o perfil de personalidade registado revela uma correspondência mais estreita com o estereótipo social do masculino do que com o estereótipo do feminino. Tomando como ponto de partida o domínio de Neuroticismo, ficou patente que residem neste plano algumas questões merecedoras de maior pormenorização. Primeiramente este factor revelou uma forte diferenciação de género, tendo sido identificadas nas amostras de aferição americana e portuguesa diferenças muito significativas entre os sujeitos masculinos e femininos. Ficou estabelecido que as mulheres têm tendencialmente maiores pontuações de Neuroticismo do que os homens, quase conferindo a este factor uma atribuição de “característica feminina” (Lima, 1997). Ora, num posicionamento marcadamente antagónico, as mães prematuras revelaram ser menos neuróticas que a população feminina portuguesa, com valores muito próximos dos verificados na população americana. Perante tal evidência, há que reconhecer que assumem de início um acentuado distanciamento face ao que socialmente se poderia designar como “característica feminina”. Ampliando esta distância, verifica-se que as facetas que emergiram com diferenças significativas reforçam a noção acima exposta (menos deprimidas, menos vulneráveis, menos hostis e com menos auto-consciência), não parecendo residir neste factor qualquer resquício de uma identidade feminina impregnada pelo estereótipo social do género feminino.

Para uma ilustração das dimensões do NEO-PI-R associadas ao feminino e masculino importa regressar aos seus autores (Costa & McCrae, cit. Lima, 1997), os quais advogam que tanto a masculinidade quanto a feminilidade se encontram enraizadas no factor de Extroversão. Esta afirmação assenta no pressuposto de que a masculinidade se encontra associada a facetas mais activas e dominantes. Por oposição, a feminilidade estaria associada às facetas afiliativas, emocionais e vinculativas. Sem prejuízo de se tentar situar os sujeitos segundo a dicotomia defendida pelos autores, cabe aqui recordar que a mesma assenta sobre os estereótipos sociais do género.

Observando a dicotomia dos autores do NEO-PI-R e os traços apresentados no perfil da amostra, anota-se que as mães prematuras apresentam facetas claramente activas e dominantes (extroversão; assertividade; actividade; acções) mas também, embora com menor expressão, facetas afiliativas (altruísmo e emoções positivas). Com recurso a esta dicotomia de “masculino” e “feminino”, e ao contemplar as facetas que emergiram com diferenças significativas, define-se a imagem de uma mulher activa, enérgica, dotada de dominância social, com facilidade de expressão pública das suas ideias, pouco vulnerável, disponível para o outro, que mantém a cabeça fria, suficientemente segura de si para questionar as suas próprias ideias e valores sociais, religiosos ou políticos. Se se nortearse a atribuição do género com base na estereotipia supra, as participantes, embora possuindo alguns traços femininos, seriam designadas como predominantemente masculinas.

Num escrutínio mais pormenorizado da literatura é possível detectar uma ou outra referência à existência de problemáticas associadas à identificação feminina. Em primeira mão, no estudo clássico de Blau et al (cit. Rutter, Quine & Chesham, 1993) foi enfatizado que as mães prematuras são não só imaturas e com preocupações narcísicas com o seu corpo, como também apresentam perturbações do foro da identificação sexual. Ora, tendo este estudo sido conduzido em plena década de sessenta, é natural supor-se que as características de personalidade que emergiram se revelassem muito desenquadradas do que, à data, se entendia por “ser mulher” e do conceito de feminino que até então vigorava. Porventura as referidas “perturbações do foro da identificação sexual” mais não seriam do que a manifestação de traços tradicionalmente conotados com a dimensão masculina, já indicativos das transformações que se começavam a operar no domínio do feminino e do masculino.

Corroborando o atrás mencionado, na década de noventa, a equipa Russa, liderada por Ryshmashevsky, assinala uma performance muito empobrecida na escala do MMPI relativa às características femininas em grávidas em risco de parto prematuro. Os scores obtidos levam os autores a afirmar que

estas gestantes se revelavam teimosas e inconformadas, com uma preocupação excessiva com a própria saúde, recusando simultaneamente o internamento e negando a patologia da gravidez. Estes indicadores não se afiguram muito distanciados de um perfil e de uma postura que se tem vindo a descrever, ainda que se reconheça que são manifestamente diferentes da passividade e da humildade que se convencionavam ser dignos do comportamento feminino.

Fazendo uma vez mais eco das palavras de Lima (1997, p. 336): "As mulheres são no que concerne aos domínios, mais neuróticas e amáveis e menos extrovertidas do que os homens. Em relação às facetas, são mais ansiosas, sinceras e altruístas do que os homens, enquanto estes são mais assertivos, procuram mais a excitação e são mais abertos a novas ideias". Segundo a mesma autora, os perfis que emergem do NEO-PI-R são comprovados por alguns estudos sociológicos portugueses, como é o caso de Cabral (1993, cit. Lima, 1997) que refere que os valores em que assentam o "perfil moderno" (entendendo-se por perfil moderno um perfil que é caracterizado pela actividade, materialismo e necessidade de realização) são mais altos para os homens do que para as mulheres. Na realidade, na amostra de mães prematuras tal estrutura feminina não foi evidenciada, antes pelo contrário, foi evidenciada uma estrutura próxima do perfil dito moderno.

Reforçando a discussão acerca dos estereótipos sociais, a meta-análise de Feingold (1994, cit. Archer & Loyd, 2002) sobre as diferenças de género e os traços de personalidade (FFM), registou resultados significativos nas facetas Sentimental, Assertividade, Confiança, Ansiedade e Gregariedade. Com base nestes resultados, as mulheres revelaram ser muito mais sentimentais, consideravelmente menos assertivas, ligeiramente mais confiáveis e ansiosas e muito ligeiramente mais gregárias que os elementos masculinos. Indiciaram ser também mais emotivas e mais medrosas do que os seus pares do sexo oposto. Feingold proclama que o facto das mulheres serem mais medrosas resulta principalmente da sua timidez, uma vez que numa escala bipolar a timidez apresenta-se como pólo contrário ao da

assertividade. Da comparação do perfil da amostra feminina na meta-análise de Feingold e do perfil obtido na presente investigação, não parece sobressair qualquer paridade. A única escala com diferenças significativas que se replicou nas duas amostras foi a da Assertividade. Todavia, estas diferenças não confluem, uma vez que a de Feingold aponta no sentido de uma menor assertividade e, contrariamente, a amostra de mães prematuras indica uma maior assertividade. As restantes escalas da meta-análise de Feingold estão conotadas com características em franco antagonismo às obtidas pela amostra em questão mas que mimetizam as diferenças socialmente impostas na diferenciação dos géneros (as mulheres são tidas como mais sentimentais, mais confiáveis, mais gregárias e mais ansiosas).

Para ultimar esta reflexão sobre a influência dos estereótipos sociais do género na investigação em torno do masculino e do feminino, cabe relatar as diferenças assinaladas por Bem & Spencer (1974, cit. Archer, 2001) na personalidade de mulheres e homens. Os autores propuseram que um sujeito que revelasse traços femininos (expressivos) e traços masculinos (instrumentais) em igual proporção fosse designado como andrógino. A personalidade destes sujeitos seria mais ajustada do ponto de vista psicológico uma vez que não só possuíam uma auto-estima mais elevada, como também detinham a capacidade de assumir papéis instrumentais ou expressivos consoante as exigências situacionais. Ora, sem se assumir a nomenclatura expressa pelos autores, significa-se que a amostra de mães prematuras revela traços ditos masculinos e femininos e, de facto, aparentam ser mulheres versáteis do ponto de vista das dimensões pessoais e sociais, imbuídas igualmente de auto-estima e auto-confiança.

Apesar da relativa influência e da natureza duradoura dos estereótipos sociais do género não é possível continuar a pensar a gravidez e a maternidade através desses prismas. A antropologia, a história e a psicologia fazem prova da permeabilidade das vivências da gravidez, parto e maternidade, face ao momento histórico, ao enquadramento social e à envolvência cultural. Não se afigura de todo concebível pensar a gravidez, a maternidade ou mesmo o “ser mulher”, como vivências estanques que

atravessam imutáveis a linha da temporalidade, ou seja, que gravidez e maternidade possam assumir uma e a mesma forma para a mulher de hoje e, por exemplo, para a mulher do princípio do Século XX. Os assombrosos desenvolvimentos biotecnológicos no plano médico e da reprodução humana e as estonteantes alterações no plano social e laboral, acarretaram necessariamente alterações profundas no plano psicológico da mulher da actualidade. As dramáticas alterações sofridas ao nível da concepção, gravidez, parto e maternidade foram de tal modo arrasadoras que se distanciam sobremaneira das perspectivas já consideradas clássicas de há duas ou três décadas. Com a abertura dos caminhos culturais, sociais e laborais, até então vedados à mulher, assiste-se à Pós-Modernização da Maternidade. Inerente à Pós-Modernização, assiste-se à fragmentação de conceitos que encontra o seu auge na segunda metade do Século XX. Com as profundas transformações resultantes da multiplicidade de papéis subitamente acessíveis à mulher contemporânea, precipita-se uma mudança radical relativa aos conceitos que, até então, enquadravam e davam sentido ao “ser mulher”. Fragmentaram-se os sentidos, desmoronaram-se os significantes, dissociaram-se os conceitos.

Revelando uma notável perspicácia, Benedek (1952), há meio século atrás, alertava para a alteração de significados que se começava a operar na vida da mulher do pós-guerra. Com o assumir de novas actividades e funções, a mulher facilmente privilegiaria estas dinâmicas em prol da sua função mais antiga – ser mãe. Parafraseando Benedek, as mulheres ao incorporarem o sistema de valores da sociedade moderna poderiam vir a desenvolver personalidades com defesas egóicas rígidas, erguidas contra o seu papel reprodutor. De forma mais explícita, Langer (1986) admite que, ao viver numa sociedade anti-maternal, ao tentar gerir o seu papel de mulher, de profissional e de mãe, a mulher moderna encontra-se em conflito consigo própria. Este conflito pode ser manifestado através de dificuldades na relação com os filhos, complicações na vida fértil e, em casos mais extremados, na rejeição total da maternidade.

Fazendo jus à Pós-Modernização da maternidade, as etapas do ciclo reprodutor de uma mulher encontram-se, também elas, fragmentadas. Se não vejamos: uma mulher pode (ou não) conceber um filho dentro do seu próprio corpo. Se o conceber, pode (ou não) vir a exercer a sua maternidade através desse filho. No entanto, pode não o conceber mas assumir essa gravidez e vir a ser mãe. Pode ainda não o conceber, não viver a sua gravidez e parto mas vir a ser mãe desse filho. As variações sucedem-se e ilustram a multiplicidade de processos e vivências de concepção de um projecto de maternidade contemporâneo. Através destes e doutros recursos, a maternidade é hoje contemplada e vivida das mais diversas formas e com base nos mais sofisticados procedimentos, acarretando por si só alterações dramáticas para a sua elaboração e vivência. Uma mulher pode engravidar ou vir a ser mãe através de meios que não requerem a relação sexual (Técnicas de reprodução assistida; Fertilização *In Vitro*); procedimentos que não exigem o período gravídico ("mães de aluguer"); inseminações artificiais com recurso a óvulos, espermatozoides ou mesmo a material genético que nada tem a ver com o seu ou o do seu parceiro; ou sendo mãe após o encerramento do tempo biológico para a reprodução, com recurso a óvulos ou embriões congelados. Em tudo estes procedimentos e vivências transcendem a realidade da gravidez ou da maternidade de épocas mais clássicas.

Por outro lado, exercer a sua parentalidade ou ser mãe pode ser assumido por uma variedade de formas e circunstâncias que, para determinadas mulheres, não requer necessariamente um filho seu. Tal não implica contudo que deixem de sentir que exerceram de modo próprio a sua função materna. Aquilo que hoje se entende ser o significado da maternidade, abrange um vasto conjunto de actividades e práticas que podem (ou não) envolver as tradicionais vivências de engravidar, parir e cuidar. E tanto assim é que, na época Pós-Moderna, assiste-se ao esbatimento da fronteira conceptual entre "maternidade" e "infertilidade". Com efeito, uma mulher infértil pode vir a ser "mãe social" e uma mulher que não deseje ser "mãe social", pode vir a ser "mãe biológica". Verifica-se ainda a possibilidade de mulheres que não desejam assumir papéis de "mães biológicas ou sociais", poderem desempenhar um papel válido (e significativo para as próprias) na cadeia de

reprodução humana. Logo, se por um lado se testemunha esta fragmentação de conteúdos e significados ao nível do modelo de reprodução humana, o mesmo se aplica (como atrás se deu conta) ao nível da Pós-Modernização da maternidade.

Com as dramáticas alterações demográficas e a abertura a diferentes papéis sociais e laborais, a maternidade passou a ser prefigurada como uma de muitas escolhas pessoais que assistem à mulher. Pese embora o reconhecido aumento da autonomia da mulher face ao seu corpo como instância reprodutora, é igualmente lícito afirmar-se que a humanidade (sistemas de saúde, legislação) exerce hoje e mais do que em qualquer época histórica anterior maior controlo sobre se, quando e como uma mulher deve ser mãe. Tal circunstância remete para a questão da verdadeira autonomia da mulher. Na verdade, se por um lado se aceita genericamente que a mulher detém actualmente maior controlo sobre o seu corpo, nomeadamente no que diz respeito à reprodução, por outro, muitas mulheres não reúnem os pré-requisitos necessários (diferenciação social, educativa, económica, por exemplo) para poderem tomar uma decisão autónoma de acordo com os seus desejos mais íntimos.

Introduzidas que estão as questões sobre uma eventual Psicologia da Saúde (da Mulher) e os contributos dos estereótipos sociais para a compreensão do “ser mulher” e do “ser mãe”, cabe agora elevar a análise e discussão deste perfil a outros territórios teóricos. Uma das propostas em que se funda a presente investigação destina-se à compreensão dos constructos da identidade feminina e da identidade materna, visando um distanciamento dos estereótipos sociais, do binómio masculino-feminino, da dualidade cartesiana de materno e paterno e procurando (re)inscrever estes conceitos naquilo que autores contemporâneos entendem ser hoje os referentes e significantes do feminino e masculino, do materno e paterno.

Dá-se início a este plano da discussão ecoando Leal (2001). Refere a autora que, se por um lado a progressiva indiferenciação de papéis sociais de géneros tem tornado evidente dois constructos na complitude psicológica

que é “ser mulher”: o “Feminino” e o “Materno”, por outro lado, a Psicologia da Gravidez e da Maternidade, ao intervir de forma sistemática em contextos de gravidez tem esclarecido que os constructos “Feminino” e “Materno” se tratam de duas (id)entidades distintas podendo assumir-se como dois eixos de afirmação da mulher. Enquanto que o primeiro se revela como significante da capacidade de afirmação pessoal e de defesa do próprio, o segundo revela-se como significante de afecto, ternura, prestação de cuidados, altruísmo, tomar conta, defesa e protecção do outro. Regidos pelos mesmos princípios, Matos, Leal & Ribeiro (2000) defendem que à dimensão feminina está associada uma dinâmica de investimento em domínios da sua esfera pessoal – investimento na própria, no desenvolvimento das suas capacidades e realização pessoal, nomeadamente nos aspectos intelectual e profissional, na auto-imagem, na sexualidade, no corpo, na gravidez, entre outros – no cômputo geral, actividades e desempenhos que na prática traduzem a capacidade de afirmação pessoal e social. Sem embargo, esta capacidade de afirmação pessoal e social, deverá ser denominada de feminina ou masculina consoante o género a que pertence o indivíduo. À dimensão materna correspondem investimentos centrados no outro, no seu desenvolvimento e realização, ao nível físico, social, emocional, afectivo, intelectual, entre outros aspectos, cujo primordial objectivo se centra na contenção e promoção, a jusante das suas próprias necessidades e desejos. A designação de materno ou paterno dependerá exclusivamente do género e não da natureza das suas actividades ou performances.

Se até há bem pouco tempo estes dois constructos eram assumidos como fazendo parte de um contínuo, cuja transição se dava de forma automatizada a partir da identificação do período gravídico, hoje afigura-se inequívoco tratarem-se de duas realidades distintas: “ser mulher” e “ser mãe”, “ser feminino” e “ser materno”. Actualmente assume-se como evidente que nem sempre estes constructos se entrosam de forma compatível, podendo por exemplo a gravidez revestir-se de um período em que uma ou ambas as dimensões da mulher podem perigar, com repercussões óbvias para a

vivência psicológica do período gravídico. A respeito desta dupla identidade da mulher, Raphael-Leff (1997, p.28) admite a existência de duas dinâmicas intra-psíquicas: a “Facilitadora” e a “Reguladora”. Na primeira, ao colocar o bebé em primeiro plano promove de forma privilegiada o estabelecimento da identidade materna enquanto que na segunda a mulher, ao colocar-se a si própria em primeiro plano, facilita antes a promoção da identidade feminina.

Ser mulher, naquilo que se entende ser a plenitude desta vivência, é naturalmente algo de muito mais profundo e complexo. Tem vindo a sofrer sucessivamente, e talvez como em mais nenhum momento da história, mutações várias, enquadrando-se actualmente na era da Pós-Modernização, era em que os próprios conceitos (com que se discutiam estes saberes) estão, também eles, a sofrer profundas (re)formulações. Os significados encontram-se fragmentados, os sentidos deslocados dos enfoques de outrora, assistindo-se a uma (re)significação destes processos e correspondentes vivências. Atento o contexto, há que excluir de uma vez por todas a associação género-comportamento. Com efeito, os comportamentos, consoante a adequação a um qualquer estereótipo sócio-histórico e/ou atitude manifestada, independentemente do género de quem o manifesta, eram inscritos na classificação dicotómica ancestral de “masculino” e “feminino”. Se em tempos esta atribuição comportamental pode ter feito sentido, por questões de ordem evolutiva ou de repressão comportamental, nomeadamente no que diz respeito à mulher (a quem determinados comportamentos estiveram durante séculos vedados), na sociedade contemporânea, em particular numa época de Pós-Modernização, tais atribuições estão profundamente desactualizadas. O facto de uma mulher eleger o sucesso pessoal como mote de vida ou de se bater por uma carreira, não faz dela mais masculina. Tão pouco o facto de um homem assumir ser ele próprio a ficar de licença de parto ou ir buscar os filhos à escola, fará dele mais materno. À luz desta simples ilustração, um revela ser predominantemente feminino e o outro predominantemente paterno. Acresce ainda referir que estas dimensões não são mutuamente exclusivas, ou seja, uma mulher pode ser feminina e materna e um homem masculino e paterno.

Na vivência do ser homem ou ser mulher, na vivência do ser masculino ou ser feminino, poder-se-á enquadrar, ou não, o desejo ou a necessidade de se ser materno ou paterno, isto é, de exercer uma função de dádiva, de prestação de cuidados, de protecção, de contenção. As variações de mais ou menos feminino/masculino e de mais ou menos materno/paterno, dependem da estrutura do indivíduo e daquilo que intrinsecamente e em causa própria lhe faz sentido.

Na construção de uma teoria sobre o feminino e o materno, Leal (2001) formula que o feminino, tal como o masculino, se constitui aquém de qualquer erogeneidade específica, mas antes na relação com o outro que, de forma consistente, lhe atribui um género. A identidade de género estabelece-se desde o nascimento através de uma mescla de características inatas e idiossincráticas, assim como das atribuições externas decorrentes de vínculos e relações precoces que, por seu turno, produzem um conjunto de estímulos vividos ao nível fantasmático. Concebe-se então a função materna como uma função de contenção de promoção de cuidados e do desenvolvimento do outro formulada em termos dos desejos e necessidades daquele e não dos do próprio. Esta função pode ser igualmente desempenhada por mulheres e homens, assumindo-se como uma função designada por “paterna” se for desempenhada por homens e uma função denominada por “materna” se desempenhada por mulheres. Sem embargo, Leal (op cit.) acrescenta que para que seja possível estabelecerem-se categorias de “materno” e “paterno”, têm previamente de ser fundadas as categorias de “feminino” e “masculino”, na medida em que as primeiras se encontram alicerçadas nas segundas. De acordo com esta proposta teórica, assume-se que materno e paterno são meramente subcategorias directamente relacionáveis com a progenitura de um todo significativamente mais amplo: “feminino” e “masculino”. Assim, a existência de um materno ou de um paterno é precedida por um feminino ou um masculino.

Num exercício metafórico, pode dizer-se que “ser mãe” ou “ser pai” é como construir a ponte da continuidade entre duas margens de um rio – uma ligação de duas pessoas e de duas gerações enraizadas em cada margem.

Contudo, ser pai ou ser mãe é também assumir os limites, a diferença e a descontinuidade entre as duas margens. Pretende-se que a ponte seja sustentada em estacas de afectos e significados e que seja suficientemente segura para conter as diferentes correntes do rio. Como precisa Leal (2001, p. 66): “ser mãe é entretanto uma dimensão social e antropológica que significa na nossa cultura a capacidade de conter, amparar, apoiar”.

Em estreito paralelismo com os resultados personológicos observados no presente estudo, retorna-se a Leal (2001, p. 67 e ss), quando refere que o desafio que se coloca à mulher da actualidade é o de encontrar um significante individual que permita fazer a ponte entre um “feminino dominante” e um “materno imperial”. A “questão do nosso tempo não é pois de reprimir o feminino mas de fazer crescer o materno”. No intuito de precisar e ampliar esta questão, traz-se aqui à colação uma investigação conduzida por Matos (1997, cit. Leal, 2001) na qual se mostrou que a “desejabilidade social” está associada ao estereótipo masculino enquanto que o que se considerava indesejável reporta-se ao materno.

Hoje afigura-se inequívoco que, ao abordar a gravidez e a maternidade, estão a ser contemplados processos e vivências (“estar grávida” e “ser mãe”) que se encontram inscritos num todo muito mais pleno - “ser mulher”. Todavia, da mesma forma que “estar grávida” e “ser mãe” podem fazer intimamente parte desse todo, podem também não o fazer, consoante os desejos e expectativas pessoais de cada mulher. Não obstante, importa operar um importante esclarecimento: se “ser mãe” pode ser inscrito no “ser mulher”, o inverso não é necessariamente verdadeiro. Da presente discussão ficou patente que, na época contemporânea, ser mulher não se esgota na afirmação e vivência exclusivas da maternidade.

Mais ainda, aquilo que a sociedade contemporânea exige à mulher ocidental e naturalmente desenvolve na mesma, não se compadece com o que se entende ser necessário para a reprodução biológica. O primeiro exemplo resulta necessariamente da *décalage* existente hoje entre aquilo que se admite como a idade óptima (da mulher) para a reprodução e os *timings* e as

exigências impostos pela sociedade à mulher moderna. Dito de outro modo, numa época em que engravidar deixou de ser um processo de determinação quase exclusivamente biológica e passou a ser algo sob o domínio e controlo da mulher, num contexto social e laboral em que a mulher passou a assumir e a querer para si papéis e desempenhos profissionais, gerou-se um desnível óbvio entre os tempos da “reprodução biológica” e os tempos da “reprodução social”. A um nível de maior especificidade, admite-se também que a sociedade (como amálgama de um colectivo de experiências vividas) desempenha um papel notório no desenvolvimento da estrutura personológica, construção do género, competências sociais, entre outras esferas do desenvolvimento pessoal da mulher de hoje. Assim, e com recurso ao atrás descrito, poder-se-á admitir que o contributo societal para estas esferas também não vem favorecer as dimensões do ser “mulher reprodutora” ou do “estar grávida”. Contudo, não se pretende com isto inferir que, por não revelarem requisitos óptimos na qualidade de grávidas ou de reprodutoras, não serão boas mães.

Antes pelo contrário. A estrutura evidenciada pela mãe prematura leva a crer que a sua atitude afiliativa, a preocupação e protecção proactivas, a afectuosidade e a dedicação manifestada ao outro, enquadram-se naquilo que se tem vindo a entender como percursos de um projecto de maternidade bem sucedido, em que não só se deseja ter um filho mas se deseja, antes de mais, ser mãe. Nesta óptica, só se pode concluir que estas mulheres reúnem um conjunto de traços de personalidade que vão ao encontro do que em tempos recentes se tem procurado inscrever no “ser mãe”. Assim, contrariando o “discurso de culpabilização materna” prevalecente até há pouco tempo no seio da psicologia segundo o qual a busca de determinadas características maternas fazia prever, numa óptica psicoprofiláctica, a identificação de uma “má mãe” ou de uma “mãe menos boa”, aqui, não só se está a operar um distanciamento conceptual entre tais perspectivas e práticas, como inclusivamente se vem afirmar que o facto de uma mulher ser mãe prematura não pode levar à suposição de que tal acontecimento foi precipitado pela mesma ser má (ou menos boa) mãe ou por reunir um conjunto de características do foro psicopatológico. Como

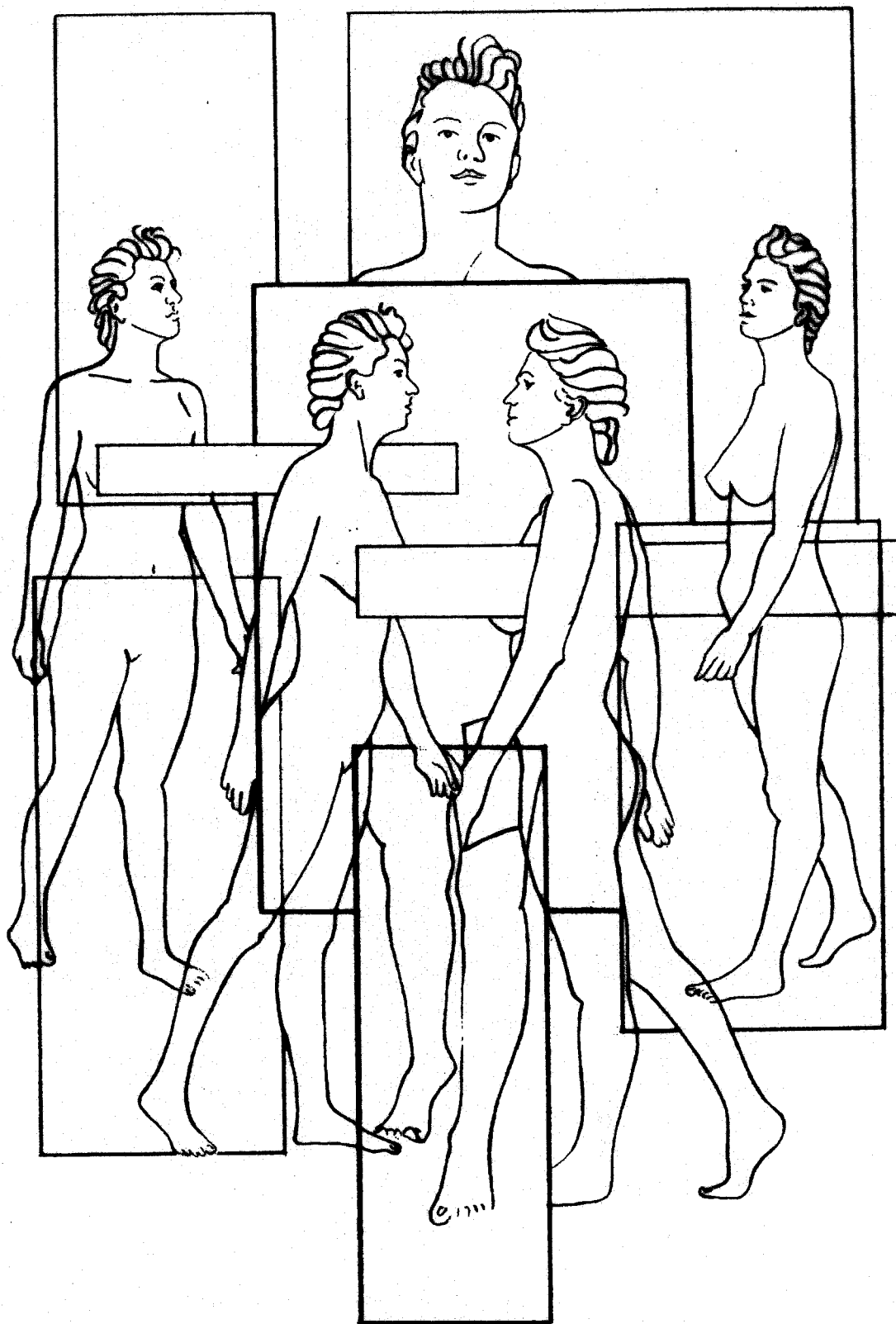
comentário derradeiro a este plano de discussão, há apenas que referir que, segundo os resultados observados, as próprias mães prematuras, pela sua estrutura muito pouco neurótica, muito pragmática, muito exteriorizada, também não serão mulheres para ficarem retidas nas malhas da auto-culpabilização.

As últimas décadas testemunharam o desenvolvimento de iniciativas várias, predominantemente do foro da psicologia, em que se procurou inventariar um conjunto de factores que estabelecessem uma relação entre os domínios psicológico e biológico e que ajudassem a esclarecer a etiologia do parto prematuro. Tais iniciativas não conheceram êxito, excepção feita à identificação de factores de parte a parte (i.e. factores psicológicos e bio-fisiológicos). Porém, permaneceu e permanece por desvendar a existência de uma ou mais relações com nexo de causalidade estabelecido. À guisa de conclusão da investigação em apreço, entende-se que a não-identificação de tais factores não se revelou possível porventura pela menor atenção dada a outro plano essencial à existência humana: o Plano Social. O apelo presentemente feito à dimensão social não se limita à identificação de dados sócio-demográficos ou mesmo de factores psicossociais ou de stress social. O apelo feito vai no sentido de um levantamento pleno da dimensão psicológica do ser mulher, alicerçado na dimensão social, histórica, cultural que contribui para a sua formação.

Para concluir, há que reenquadrar algumas formulações constantes da literatura a respeito da etiologia do parto prematuro. Este acontecimento de vida tem de ser compreendido à luz de um interface estabelecido entre os mecanismos bio-fisiológicos do ciclo reprodutor da mulher, as dimensões psicológicas inerentes ao “ser mulher” e ao “ser mãe” e os contextos da sua vida em sociedade.

Face ao que se tem vindo a delinear, afigura-se como admissível que, para determinadas mulheres, a vivência de um período gravídico ou de um projecto de maternidade possa resultar numa zona de sofrimento psicológico. Este sofrimento advém de conflitualidades emergentes e

reactivadas, consubstanciando os momentos de dor e de mau estar. Aquando do seguimento numa instituição de saúde, não raras vezes estas manifestações legitimam a referenciação, a avaliação e a intervenção psicológicas. Numa perspectiva psicoprofiláctica, a investigação conduzida no sentido da melhor compreensão das dimensões femininas e maternas, ao longo do ciclo de vida da mulher, com vista à elaboração de estratégias de intervenção psicológica para minorar o seu sofrimento, assume inequivocamente uma importância primordial. Se é certo que, numa primeira reflexão, este tipo de investigação se destina a mulheres que podem vir a ter um filho prematuro, não menos verdade é que a mesma também se aplica a mulheres que se encontram em processos de fertilização assistida ou que biologicamente não se encontram aptas a ter filhos.



CAPÍTULO VII

CONCLUSÕES

As interrogações inicialmente formuladas: “*Quem são estas mulheres?*” “*Que personalidade terão?*” e “*Que maternidades serão estas?*”, quando confrontadas com as conclusões do presente estudo, encontram resposta à luz de uma nova ordem de saberes.

Partindo de um desenho de investigação exploratório observacional e transversal, recolheu-se uma amostra de 301 mulheres que, *à priori*, apresentavam como ligação única entre elas o facto de terem sido mães prematuras. A incidência do parto prematuro ao nível nacional não é conhecida. Por esta razão, a recolha da amostra foi conduzida em duas grandes maternidades do país cujo contributo para a natalidade em Portugal é sobejamente reconhecido: o Hospital Fernando Fonseca e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, optando-se ainda por elevar o número de participantes a 301 mães prematuras, assegurando-se, com este procedimento metodológico, o garante estatístico que advém da dimensão da amostra. A amostra de participantes é, por isso, representativa da população de mães prematuras em território nacional.

Perante a ausência de estatísticas nacionais que permitam caracterizar detalhadamente a prematuridade em Portugal, efectuou-se um levantamento dos dados que caracterizam este acontecimento de vida. Com este propósito, criou-se o Questionário de Caracterização da Amostra, o qual permitiu dotar de significado a mãe prematura, segundo um conjunto de variáveis clínicas e sócio-demográficas.

Em resultado da aplicação deste instrumento, construiu-se uma imagem sócio-demográfica da participante-tipo. A mãe prematura é uma mulher portuguesa, à data da avaliação tem vinte e nove anos, é casada, de raça caucasiana e coabita com o marido e restante família nuclear nas áreas limítrofes da Grande Lisboa. Estudou cerca de dez anos, é profissionalmente activa e tem como parceiro um homem que, em média, tem menos anos de escolaridade e exerce uma profissão menos diferenciada do que a sua. Aquando do nascimento do filho prematuro tinha cerca de 28 anos e era primípara, trabalhou no período gravídico, exercendo actividades que requeriam esforço físico. Durante a

gravidez que desejou, planeou e vigiou, foi submetida a um ou mais períodos de repouso absoluto, sendo que estes antecederam, muitas vezes, o parto prematuro. A incidência de doença crónica materna anterior à gravidez situou-se aproximadamente nos 13%. O período de gestação decorreu, grosso modo, sem acontecimentos de vida traumatizantes ou incidentes traumáticos.

Apenas a um terço das mães prematuras constantes da amostra foi diagnosticada, no início do período gravídico, uma “gravidez de risco”. Segundo a literatura, apenas 30 a 50% dos partos prematuros ocorrem em gravidezes em que tinha sido possível identificar um ou mais factores de risco. Os dados emergentes do presente estudo corroboram o primeiro nível percentual (30%). Com efeito, também nesta investigação, 205 das 301 mulheres não apresentavam factores de risco identificados, tendo sido surpreendidas com um desfecho prematuro do período gravídico.

Outro factor etiológico de peso reconhecido para o parto prematuro é a existência de outros filhos, também nascidos ante-termo. Das mulheres que já não eram primíparas, 23,23% tinham já um primeiro ou segundo filho, também ele nascido prematuramente. O desfecho do período gravídico deu-se, na maioria das vezes, com recurso ao parto por cesariana, levando ao nascimento de um bebé pré-termo com aproximadamente 1647,90 gramas e 31,63 semanas de gestação. Ainda que assumidos como critérios da definição da prematuridade, o peso e a idade gestacional não são, em termos objectivos, indicadores de fidedignidade absoluta. Porém, dada a sua expressão na amostra, os valores inscritos nestes dois critérios assumem aqui particular relevo. As médias registadas na amostra de recém-nascidos pré-termo, indiciam não estarem em causa nascimentos ocorridos no limiar da data em que estavam previstos: os bebés, na sua maioria, nasceram mais de dois meses antes do termo gestacional. O grau de prematuridade aferido reflecte-se igualmente na média de peso à nascença, criando quase a ilusão de que a investigação incidiu especificamente sobre a “grande prematuridade”.

A estrutura da personalidade foi analisada através do Modelo dos Cinco Factores, elegendo-se como instrumento de avaliação o Inventário da

Personalidade NEO – Revisto. Da avaliação e análise efectuadas resultam diferenças significativas ao nível dos domínios, marcando um perfil de personalidade “polarizado”. Por outras palavras, num dos pólos evidencia-se um forte domínio de Extroversão e, no outro, um ténue domínio de Neuroticismo. A mãe prematura, revela ser pouco hostil, pouco deprimida, pouco vulnerável e ter menos auto-consciência. No plano da extroversão, é mais assertiva, tem mais necessidade de actividade e manifesta mais emoções positivas. Se, por um lado, valoriza pouco a estética e as acções, por outro, revela mais ideias e mais valores. É uma mulher altruísta, com boa auto-disciplina, sendo menos deliberada e dando pouca importância ao dever.

O perfil da mãe prematura revelou uma notável consistência, não tendo genericamente sido objecto de alterações significativas quando submetido a comparações entre subconjuntos da amostra (reunidos em função de determinadas variáveis clínicas ou sócio-demográficas). Dos resultados que mereceram maior destaque, assinala-se a variável “raça materna negra” cujo perfil, quando comparado com o das suas congéneres de outras raças, evidenciou um rasto de alterações estatísticas. Reconhece-se que a abundância de alterações verificadas na comparação de perfis poderá resultar das diferentes culturas que subjazem a estes dois subgrupos. Se o primeiro subgrupo provém, em larga escala, da cultura portuguesa, o segundo é composto, na essência, por mulheres africanas que, por motivos laborais, se encontram a residir em Portugal. A importância dos factores sociais e culturais para a visão plena da mulher que sofreu um parto prematuro será objecto de particularização mais adiante.

De retorno ao perfil da amostra total, constata-se que, no cômputo geral, este se desenquadra da cultura personológica nacional. Contudo, impõe-se assinalar que, se por um lado os valores da amostra se distanciam dos valores normativos nacionais, por outro, aproximam-se dos valores normativos americanos. Na verdade, o perfil de personalidade representativo da população portuguesa caracteriza-se, em regra, por valores mais elevados de Ansiedade, Depressão, Vulnerabilidade e Estética e por valores mais baixos de Assertividade, Emoções Positivas, Valores, Auto-disciplina e Competência. A

amostra evidenciou uma estrutura de personalidade que, na essência, inverte a tendência ora enunciada.

As facetas que emergiram com resultados significativos desenham a imagem de uma mulher com uma dinâmica psicológica caracterizada pela exteriorização, assumindo, naturalmente, um registo de “dentro para fora”. Veículo da sua afirmação pessoal, a exteriorização cria em seu redor um assinalável espaço de expressão do feminino. A dimensão desta afirmação pessoal é de uma importância vital. No entanto, em conformidade com os estereótipos sociais vigentes no que se refere ao género e mesmo de acordo com a caracterização de género patente no NEO-PI-R, estas mulheres seriam consideradas como masculinas. Porém, esta leitura não corresponde à realidade. Os traços de personalidade emblemáticos, a assertividade, dominância e actividade que a caracterizam não fazem dela uma mulher masculina. Fazem dela, sim, uma mulher predominantemente feminina.

À partida, a predominância de uma estrutura psicológica marcadamente feminina, conjugada com tal afirmação pessoal e social, potencia um jogo de forças entre as dimensões do “Feminino” e do “Materno” o que, a ser verdadeiro, poderia constituir motivo de preocupação. Porém, esta é uma falsa questão. Nos seus recursos estruturais, o “Materno” existe e o “Feminino” impera.

A propósito do materno, reconhece-se que a atitude afiliativa, a preocupação e protecção proactivas, a afectuosidade e a dedicação manifestada ao outro - todas elas características próprias da mãe prematura - enquadram-se no que se entende serem as linhas precursoras de um projecto de maternidade bem sucedido em que, não só se deseja ter um filho mas se deseja, antes de mais e acima de tudo, ser mãe. Nesta óptica, só se pode concluir que estas mulheres reúnem um conjunto de traços de personalidade que vão ao encontro do que, em tempos recentes, se tem procurado inscrever no “ser mãe”.

Assim, se é possível prever que a mãe prematura reúne um conjunto de traços que fazem antecipar que seja uma mulher ajustada às vivências maternas, o

mesmo não é possível afirmar a respeito do período gravídico (face às condições e exigências inerentes ao mesmo). Em virtude desta dialéctica, é expectável que a vivência do período gestacional (nomeadamente quando a mulher se confronta com limitações na sua condição física e psíquica) seja um processo doloroso para quem necessita de estar ocupada e para quem a afirmação pessoal e social não passa pelo deambular vagaroso, em exibição de uma barriga redondinha. Na verdade, são mulheres que privilegiam o desenvolvimento pessoal, social e profissional, o qual conflitua com as características inerentes ao período de gestação fisiológica e emocional. Perante a estrutura da personalidade das mulheres que foram objecto de avaliação, é lícito concluir que se assumem como boas mães e menos boas grávidas.

Deixando para trás os discursos de “culpabilização materna”, prevalecentes até há pouco tempo no seio da psicologia, segundo os quais a busca de determinadas características da mulher poderia indiciar uma “má mãe” ou uma “mãe menos boa”, opta-se, em função das avaliações e análises realizadas, por uma construção teórica à margem destes dogmas. Opera-se, deste modo, um distanciamento conceptual daquelas perspectivas e práticas e, no limite, rejeita-se a ideia de que uma má (ou menos boa) mãe gera um filho prematuro. Em suma, assume-se a desactualização de tais escritos, afirma-se que não existe nenhuma “falha materna” e defende-se que o seu perfil está longe de sugerir que seja uma “mãe menos boa”.

Os registos emergentes da clínica psicológica com este grupo populacional são de igual modo afastados, quando se aborda a estrutura de personalidade das mães prematuras. Na verdade, e *a contrario* daqueles registos, que apontam no sentido da depressividade, ansiedade e culpabilização destas mães, não se vislumbra, na actual investigação, qualquer dimensão psicopatológica. O perfil identificado espelha, de forma consistente, a robustez da sua saúde mental. Não se desvenda qualquer indício de neuroticismo. Ao invés, revelam ser significativamente menos neuróticas que a população feminina em geral. São também mais extrovertidas, demonstrando estar bem consigo próprias e com a vida que levam. Não foram anotados indícios de depressividade ou ansiedade

estruturais, situando-se os valores da amostra abaixo dos normativos. Os argumentos apresentados sustentam assim a assumpção de uma clara ausência de psicopatologia por parte da mulher que gera um filho pré-termo.

Na esfera do ser, as mães prematuras são mulheres ajustadas do ponto de vista psicológico e, bem assim, adaptadas do ponto de vista social, reunindo um aglomerado de dimensões pessoais valorizadas pela sociedade contemporânea. Investindo na sua trajectória educativa, na sua carreira e na sua independência financeira, aguardam que a sua trajectória pessoal e social lhes permita o tempo da maternidade adiando, consequentemente, o projecto de se tornarem mães.

Assim, apesar de se concluir que se está perante um conjunto de mulheres que “estão bem como estão” e “agradadas com a vida que levam”, admite-se a existência de um “ponto de desencontro” a que podem estar sujeitas. Este “ponto de desencontro” assenta no desfaseamento entre o “tempo biológico da reprodução” e o “tempo social da reprodução”. Estas mulheres não estão a ter os seus filhos aos 20 anos, como porventura seria desejável em termos meramente biológicos. Na verdade, e à semelhança da média nacional relativa à primiparidade (idade materna para o primeiro filho), as mães prematuras estão a ter o filhos entre os vinte e oito e os vinte e nove anos.

O perfil da personalidade evidenciado pela amostra apresenta-se como factor de risco para a prossecução de uma gravidez de termo. Com isto se pretende afirmar que o traçado de personalidade registado poderá fazer perigar a continuidade de uma gravidez até ao final do tempo previsto para a mesma. Apesar de não estar em causa um diagnóstico de risco para a maternidade, na acepção histórica do termo, a identificação do perfil de personalidade revela ser de importância primordial, na medida em que permitirá uma intervenção psicológica com grávidas em risco de parto pré termo ou em risco de vir a estar nessas condições. Por outras palavras, numa óptica da prevenção primária, o perfil de personalidade permitirá identificar atempadamente quais as gestantes que poderão revelar dificuldades na contenção da gravidez até ao seu termo. Nestes contextos e numa perspectiva psicoprofiláctica, a intervenção

psicológica em sede hospitalar ou de saúde pública, ao facultar uma compreensão mais detalhada das dimensões do feminino e do materno ao longo do ciclo de vida, afigura-se fundamental para a grávida e para a díade.

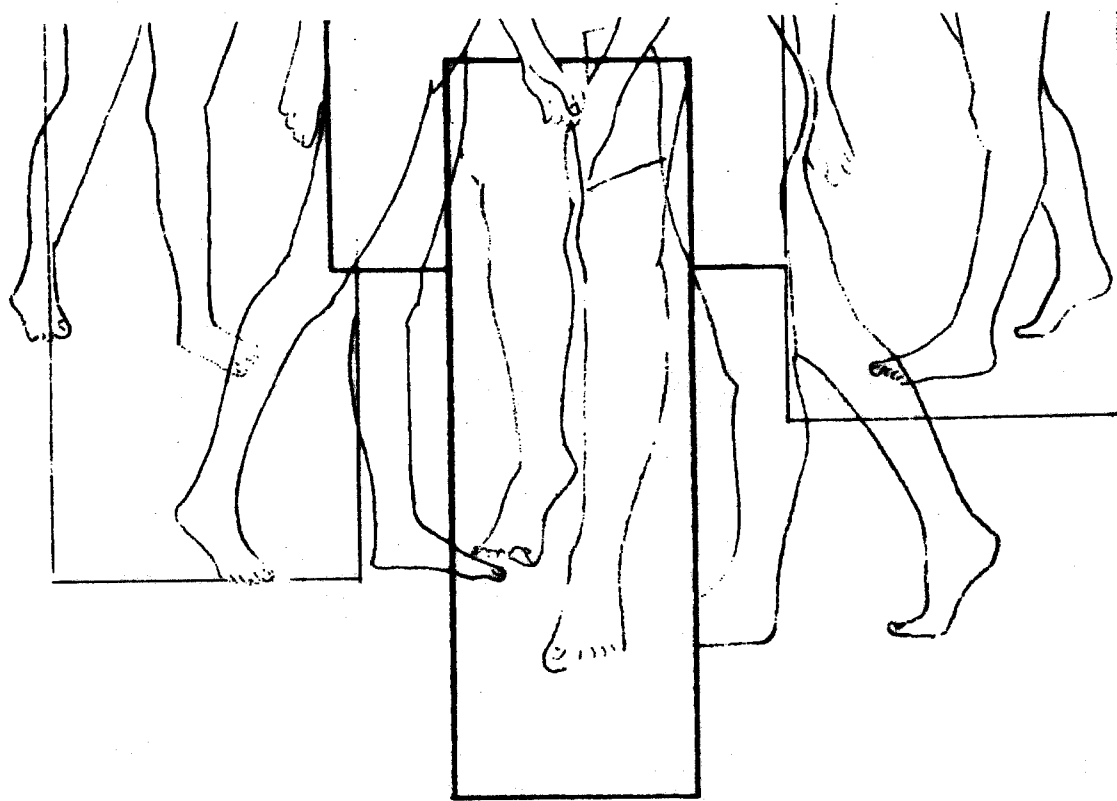
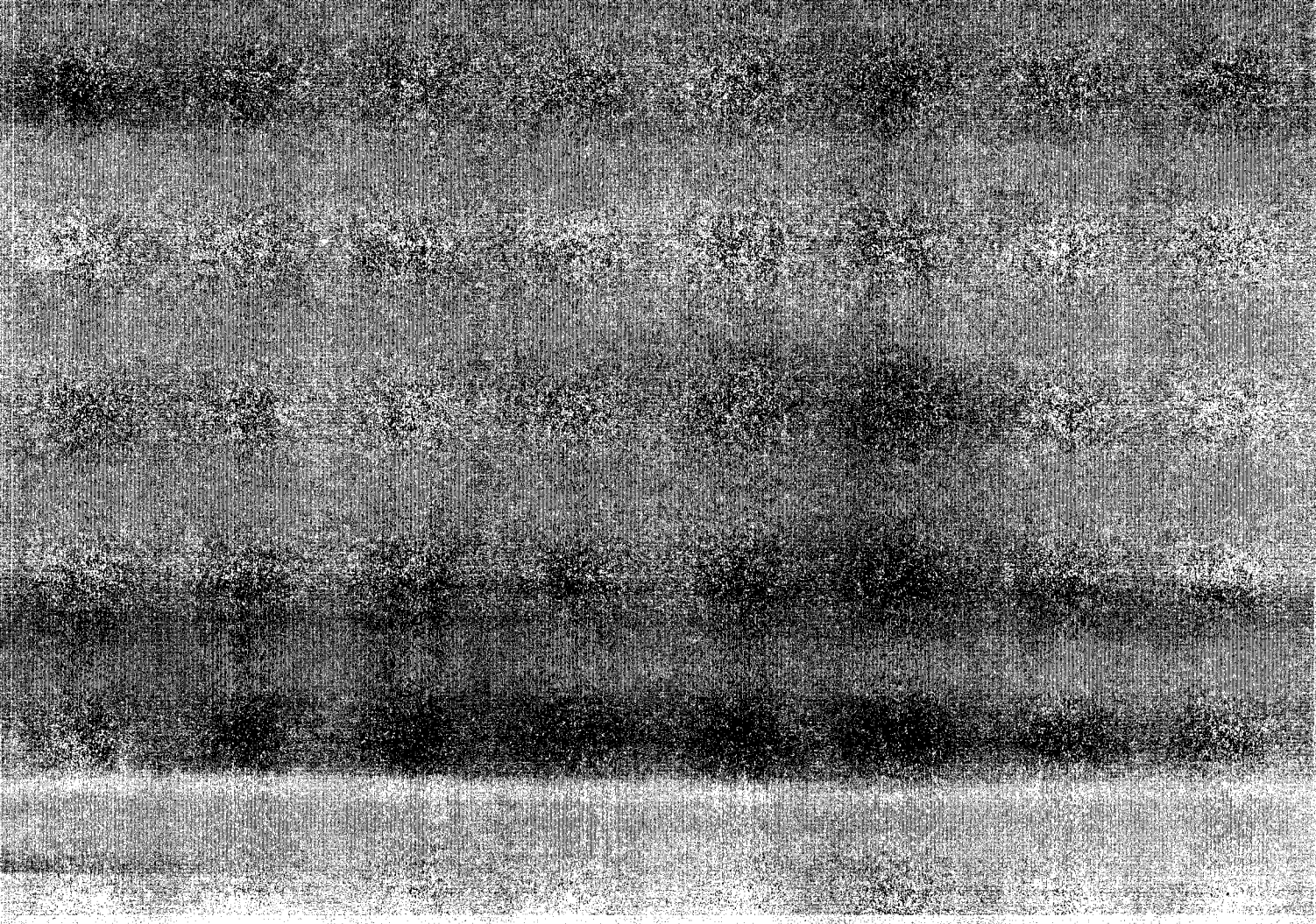
No âmbito da psicoprofilaxia, há ainda que considerar o nível de similitude registado entre o perfil de personalidade de mães prematuras e os perfis obtidos com mulheres inférteis e mulheres que sofreram uma interrupção involuntária da gravidez. Tal realidade empírica permite alvitrar a existência de uma ligação conceptual ou teórica entre as três amostras, assente no facto das três condições clínicas remeterem para a saúde reprodutora da mulher que coexiste no interface entre a dimensão feminina e a dimensão do materno. Analisadas em conjunto, as similitudes anotadas nos perfis alertam para a necessidade da compreensão da relação entre um feminino majestático e um materno subserviente.

Ainda que em jeito de metáfora, ao formular a questão desta forma, deve reconhecer-se que a compreensão etiológica do parto pré-termo reside não somente na identificação dos factores maternos de índole bio-fisiológica, como também num levantamento confluyente que tome em consideração a avaliação da estrutura psicológica e a dimensão sociológica.

Tal como se tem vindo a defender, a mãe prematura é, antes de mais e acima de tudo, uma mulher e o parto prematuro inscreve-se como um acontecimento de vida do seu ciclo reprodutor. A tentativa de alcançar a compreensão plena da mulher que no decurso do seu ciclo reprodutor se tornou mãe prematura implica o levantamento parametrizado dos factores bio-fisiológicos. Em busca de tal compreensão importa, necessária e simultaneamente, proceder ao enquadramento da sua existência num determinado contexto temporal, social e cultural – o contexto sócio-histórico que pautou a sua construção do género. Relativamente à dimensão psicológica, sublinha-se que a gestação e o nascimento de um filho (prematuro ou não) reenviam a mulher para sentimentos, comportamentos e processos contidos nas camadas mais arcaicas da sua estrutura psicológica, construindo a ponte de ligação que é

simultaneamente a ponte de diferenciação entre a filha que foi e a mãe que teve e a mãe que será e o filho que vai ter.

Para concluir e perspectivando novos rumos de investigação neste domínio, afirma-se que o parto prematuro ou a própria gravidez em risco de parto prematuro, enquanto acontecimentos bio-fisiológicos do ciclo reprodutor da mulher, têm forçosamente de ser enquadrados na singularidade psicológica destas vivências e, de igual modo, na comunalidade sociológica do que se entende “ser mulher”, numa determinada época e num determinado contexto. Por fim, encerra-se este trabalho na esperança de que, em tempos vindouros, se possa assistir à emergência de uma área do saber psicológico que promova este necessário enquadramento: a Psicologia da Saúde da Mulher.



BIBLIOGRAFIA

- Adler, R., & Hayes, M. (1990). Psychosocial factors in pregnancy and the experience of labour: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2, 47-55.
- Almeida, L. (1985). *O raciocínio diferencial dos jovens: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Alonso, M. C. (1990). *Parto prematuro: Ajustamento materno ao 1º e 2º mês pós-alta e seus determinantes*. Estudo monográfico. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Alvarez, M. G. (1995). Esboços do feminino: procura do materno?. *Análise Psicológica*, 12 (1/2), 33-37.
- Amâncio, L. (1994). Masculino e Feminino: A construção social da diferença. Porto: Edições Afrontamento.
- American Colleges of Pediatrics, gynecology and obstetrics (1998). *Guidelines for perinatal care* (4th Ed.). Washington: American College of Pediatrics.
- American Psychiatric Association (1996). *Mini DSM-IV: Critérios de Diagnóstico*. (Ed. Port.). Lisboa: Climepsi.
- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th Ed.). Washington DC: APA.
- Amon C. (1989). Obstetric variables predicting the survival of immature newborn (= < 1000gr). *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 156, 1380 – 1385.
- Archer, J., & Loyd, B. (2002). *Sex and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Areias, M. D., & Botelho, T. M. (1992). Estudo comparativo: Prematuridade e ansiedade. *Análise Psicológica*, 10 (2), 235-240.
- Badinter, E. (1986). *Um é o outro*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Badinter, E. (1992). *X Y Identidade masculina*. Porto: Edições Asa.
- Barbarnelli, C., & Caprara, G. (1996). How many dimensions to describe personality? A comparison of Cattell, Comrey, and the big five taxonomies of personality. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 46 (1), 15-24.
- Barbaut, J. (1990). *O Nascimento através dos tempos e dos povos*. Lisboa: Terramar.

- Barros, H., Teles, T. P., & Silva, M. V. (1992). Risk of pre-term labor: A cross sectional study of its determinant factors. *Acta Médica Portuguesa*, 5 (5), 247-250.
- Barros, H., & Rodrigues T. (1998). Risk factors for preterm labor. *Acta Médica Portuguesa*, 11 (10), 247-250.
- Bayne, R. (1994). The "big five" versus the Myers-Briggs. *The Psychologist*, 7 (1), 14-16.
- Belo, F. (1995). Sexo e género : Que relação? In Comissão para a Igualdade e Direitos das mulheres (Ed.). *Em busca de uma pedagogia da igualdade* (pp. 249-264). Lisboa: Ministério do Emprego e da Segurança Social.
- Belo, J. M. (1996). *Nascimento de uma criança prematura: Estudo de auto-estima materna*. Estudo monográfico. Lisboa: ISPA.
- Belsky, J., Rosenberger, K., & Crnic, K. (1995). Maternal personality, marital quality, social support and infant temperament: Their significance for infant-mother attachment in human families. In C. Pryce & R. Martin (Ed.). *Motherhood in human and non-human primates: Biosocial determinants* (pp.115-124). Switzerland: S. Karger.
- Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility and sterility*, 3 (6), 527-537.
- Bibring, G. L. (1975) (4th Ed). Some considerations of the psychological process in pregnancy. In R. S. Eissler, A. Freud, H. Hartman & M. Kris (Eds.), *The psycho-analytic study of the child* (Vol. XI, pp. 113-121). New York: International University Press.
- Bion, W. R. (1962). The psycholanalytic study of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306.
- Birns, B., & Ben-Ner, N. (1988). Psychoanalysis constructs motherhood. In B. Birns & D. F. Hay (Eds.), *The different faces of motherhood* (pp. 47-73). New York: Plescem Press.
- Blanc, M. Le (1989). Comparisson du comportement de mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématurélors d'une interaction avec leurs bébés. *Psychiatrie de l'Enfant*, 32 (1), 249-268.
- Block, J. (1995a). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117 (2), 187-215.

- Block, J. (1995b). Going beyond the five factors given: Rejoinder to Costa and McCrae (1995) and Goldberg and Saucier (1995). *Psychological Bulletin*, 117 (2), 226-229.
- Boer, K., Smit, B. J., & van Huis, A M. (1994). Substance use in pregnancy: do we care? *Acta Paediatrica Supplement*, 404, 65-71.
- Borkenau, P. (1992). Implicit personality theory and the five factor model, Special Issue, "The five factor model: Issues and applications", *Journal of Personality*, 60 (2), 295-323.
- Botelho, T. M., & Leal, I. (2001). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Lisboa: Edições SNR.
- Botelho, T. M., & Machado, M. C. (1995). Reacção dos pais a um recém-nascido doente. *Saúde Infantil*, 18, 61-65.
- Botelho, T., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (2001). *Maternal personality and prematurity: A missing link?* Poster session presented at the 16th conference of the european health psychology society. St. Andrews, Scotland.
- Botelho, T., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (2002). In search of a personality profile of pre-term mothers. In I. Leal, T. Botelho, & J. L. Ribeiro (Eds.), *Proceedings from the 16th conference of the european health psychology society "Health trough the life cycle: A Life span perspective*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bowers, K. S. (1987). Toward a multidimensional view of personality and health. *Journal of Personality*, 55 (2), 343-349.
- Bowlby, J. (1952). *Cuidados maternos e saúde mental - Psicologia e pedagogia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1989). *A Relação mais Precoce - Os pais, os bebé e a relação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa :Terramar.
- Brazelton, T. B. (1992). Prematuridade e Vinculação. In *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento* (pp. 83-108) Lisboa: Terramar.
- Briggs, S. R. (1992). Assessing the five-factor model of personality description. Special issue, "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 253-291.

- Brook, J. S., Cohen, P., & Tseng-Li, J. (1995). Maternal drug use, personality child-rearing practices and toddler sadness. *Psychological Reports*, 76 (3/1), 912-914.
- Brook, J. S., Cohen, P., & Tseng-Li, J. (1996). Toddler adjustment: Impact of parents' drug use, personality and parent-child relations. *Journal of Genetic Psychology*, 157 (3), 281-295.
- Brothwood, M., Wolke, D., Gamsu, H., Benson, J., & Cooper, D. (1986). Prognosis of the very low birthweight baby in relation to gender. *Archives of disease in childhood*, 61, 559-555.
- Buss D. M. (1990). Towards a biologically informed psychology of personality. *Journal of Personality* 58 (1), 1-17.
- Buss D. M. (1992). Manipulation in close relationships: Five personality factors in interactional context. *Journal of Personality*, 60 (2), 477-499.
- Buss D. M. (1996). Social adaptation and the five major factors of personality. In Wiggins (Ed.), J. S. *The five factor model of personality: theoretical perspectives* (pp.180-208). New York: Guilford Press.
- Cabeças, M. J: (2000). *Personalidade e aborto recorrente*. Estudo monográfico. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cabral, I. P. (2001). *Infertilidade feminina e personalidade*. Dissertação de mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise psicológica*, 18 (1), 15-35.
- Canavarro, M. C. (Coord.). (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade. In M. C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cattell, H. (1996). The original big five: A historical perspective. *European Review of Applied Psychology*, 46 (1), 5-14.
- Cattell, R B. (1995). The fallacy of the five factors in the personality sphere. *The Psychologist*, 8 (5), 207-208.
- Cervone, D. (1991). The two disciplines of personality psychology. *Psychological Science*, 2, 371 - 377.

- Christal, R. E. (1992). Author's note on "recurrent personality factors based on trait ratings", Special Issue, "The five factor model: Issues and applications", *Journal of Personality*, 60 (2), 221-251.
- Cohen, S. E. (1995). Bio-social factors in early infancy as predictors of competence in adolescents who were born prematurely. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 16 (1), 36-41.
- Cohen S. E., Beckwith, L., Parmalee, A. H., & Sigman, M. (1996). Prediction of low and normal school achievement in early adolescents born preterm. *Journal of Early Adolescence*, 16 (1), 46-70.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). Gravidez: A experiência psicológica. Lisboa: Edições Colibri.
- Cordeiro, D. (1988). Psicologia e psicodinâmica da gravidez. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cornee, J., Mamelle, N., Measson, A., Munoz, F., & Segueilla, M. (1994). Obsessional symptoms in expectant women and outcome of their pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15 (4), 197-204.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 16 (3), 365-371.
- Correia, M. J. (2000). *O feminino e o materno no insucesso de gravidez de repetição*. Dissertação de mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Correia, M. J., & Leal, I. (1989). Primiparidade tardia: Estudo exploratório. *Revista dos Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo Costa*, 1, 52-55.
- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1989). Personality, stress and coping: Some lessons. In K. S. Malkides & C. L. Cooper (Eds.), *Ageing, stress and health* (pp. 269-285). New York: John Wiley & Sons.
- Costa Jr., P. T., & McCrae R. R. (1992a). Discriminant validity of the NEO-PI-R facet scales. *Education and Psychological Measurement*, 52 (1), 229-237.

- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1992b). Normal personality Assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.
- Costa Jr., P. T., & McCrae R. R. (1995a). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64 (1), 21-50.
- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1995b). Primary traits of Eysenck's P-E-N-System: Three- and five factor solutions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (2), 308-317.
- Costa Jr., P. T., & McCrae R. R. (1995c). Solid grounds in the wetlands of personality: A reply to Block. *Psychological Bulletin*, 117 (2), 216-220.
- Costa, Jr., P. T., & McCrae R. R. (1997). Stability and change in personality assessment: The Revised NEO Personality Inventory in the Year 2000. *Journal of Personality Assessment*, 68 (1), 86- 94.
- Cyrulnik, B. (1989). *Sob o signo do afecto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dawkins, R. (1989). *O gene egoísta*. Lisboa: Grádiva.
- De Fruyt, F., & Denollet, J. (2002). Type D personality: A five-factor model perspective. *Psychology and Health*, 17 (5), 671-683.
- De Muylder, X. (1989). Psychological factors and pre-term labour, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 7, 55-57.
- De Muylder, X. (1990). Etiologie du travail prématuré: Quel est le role des facteurs psychologiques. *Journal de. Genecologie et Biologie Reproductive*, 19, 77-82.
- De Muylder, X., Wesel, S., Dramaix, M., & Candeur, M. (1992). A woman's attitude toward pregnancy - Can it predispose her to pre-term labor? *Journal of Reproductive Medicine*, 37, 339 - 342.
- Deary, I. J. (1996). A (latent) big fiver personality model in 1915? A reanalyses of Webb's data. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, (5), 9928-1005.
- Demyttenaere, K. & Maes, A. (1995). Coping style and preterm labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 16 (2), 109-115.
- Deutsch, H. (1944). *The psychology of women*. New York: Grune & Stratton.
- Dias, C. A. (1988). *Para uma psicanálise da relação*. Porto: Edições Afrontamento.

- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-40.
- Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, (6), 1246-1256.
- Duby, G., & Perrot, M. (1990a). *História das mulheres: A Antiguidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Duby, G., & Perrot, M. (1990b). *História das mulheres: Idade Média*. Porto: Edições Afrontamento.
- Duby, G., & Perrot, M. (1991a). *História das mulheres: Do Renascimento à Idade Moderna*. Porto: Edições Afrontamento.
- Duby, G., & Perrot, M. (1991b). *História das mulheres: O Século XIX*. Porto: Edições Afrontamento.
- Duby, G., & Perrot, M. (1991c). *História das mulheres: O Século XX*. Porto: Edições Afrontamento.
- Duby, G., & Perrot, M. (1992). *Imagens da mulher*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dupont, L., & Amar, M. (1997). De l'hôpital à l'hôpital. Reflexions sur les aspects psychiques des re'hospitalisations d'anciens prématurés, *La Psychiatrie de l'enfant*, XL (2), 571-598.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences*. London: Plenum Press.
- Fanaroff, A. A., & Martin, R. J. (Eds.). (2002). *Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the fetus and infant* (7th Ed.) (Vol. I). Missouri: Mosby Inc..
- Ferreira, L., Fonseca, F., Novais, R., Botelho, T., & Machado, M. C. (2002). *Grande Prematuridade – Que sequelas?* Poster apresentado no 4º Congresso nacional de psicologia da saúde. Lisboa.
- Figueiredo, B. (1994). Saúde da mãe e do bebé durante o puerpério. In T. M. McIntyre, *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 73 – 108). Porto: Apport.
- Fioroni, L., Facchinetti, F., Cerutti, G., Nappi, G., & Genazzani, A. R. (1990). Personality traits in secondary amenorrhea, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2, 67-76.
- Freda, M. C., Andersen, H. F., Damus, K. P., Poust, D., Brustman, L., & Merkatz, I. R. (1990). Lifestyle modification as an intervention for inner city women at high risk for preterm birth. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (3), 364-372.

- Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Lisboa: Livros do Brasil.
- Freud, S. (1925). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre sexos. In *Textos essenciais de psicanálise* (Vol. II). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Freud, S. (1931). A sexualidade Feminina. In *Edições Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI, pp. 231-251). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1932). A feminilidade. In *Textos essenciais de psicanálise* (Vol. II, pp. 156-177). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Freud, S. (1937). Análises termináveis e intermináveis. In *Edições Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII, pp. 225-270). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Goepfert, A. R., & Goldenberg, R. L. (1996). Prediction of prematurity. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 8 (6), 417-427.
- Goldberg, L. R., & Saucier G. (1995). So what do you propose we use instead? A reply to Block. *Psychological Bulletin*, 117, (2), 221-225.
- Goldberg, S., & DiVitto, B. (1995). Parenting children born prematurely. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (Vol. I, pp. 209-230). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Goldenberg, R. L., Iams, J. D., Mercer, B. M., Meis, P. J., Moawad, A. H., Copper, R. L. et al (1998). The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births. *American Journal of Public Health*, 88 (2), 233-238.
- Goldenberg, R. L., Iams, J. D., Mercer, B. M., Meis, P. J., Moawad, A. H., Das, A. F., et al (2001a). The preterm prediction study: Can low-risk women destined for spontaneous preterm birth be identified? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184 (4), 652-655.
- Goldenberg, R. L., Iams, J. D., Mercer, B. M., Meis, P. J., Moawad, A. H., Das, A. F., et al (2001b). The preterm prediction study: Towards a multiple-marker test for spontaneous preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185 (3), 643-651.
- Goldson, E. (1996). Prematurity discussion, Special Section: "Prematurity", *International Journal of Behavioural Development*, 19 (3), 465-476.

- Gomes-Pedro, J., Torgal-Garcia, F., Gouveia, R., Fernandes, A., Baptista, M., & Oliveira, G. (1997). Prematuridade e desenvolvimento. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 28 (5), 405-410.
- Gonçalves, J. (1996). Os fetos em risco de parto pré-termo. *Clínica Obstétrica e Medicina Materno-Fetal*, 4 (2).
- González, E. G. (1996). Una asignatura de la UAM desde la perspectiva de género: História de las mujeres en la antigüedad greco-romana. *Tarbiya*, 14, 117-121.
- Grant, V. J. (1990). Maternal personality and sex of infant. *British Journal of Medical Psychology*, 63 (3), 261-266.
- Grant, V. J. (1992). "Maternal personality and sex of infant": Reply. *British Journal of Medical Psychology*, 65 (1), 77-80.
- Graziano W. G., & Ward D. (1992). Probing the Big Five in adolescence: personality and adjustment during a developmental transition, Special issue, "The five factor model: Issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 425-439.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (1973). *Teorias da personalidade*. (Ed. Port.). São Paulo: EPU.
- Holmes, T. H., & Rahé, H. (1967). The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holroyd, K. A., & Coyne, J. (1987). Personality and health in the 1980's: psychosomatic medicine revisited? *Journal of Personality*, 55 (2), 359-375.
- Horney, K. (1967). *Feminine Psychology*. In H. Kelman (Ed.). New York: W. W. Norton & Co..
- Howard, J., Beckwith, Espinosa, M., & Tyler, R. (1995). Development of infants born to cocaine-abusing women: Biological and maternal influences. *Neurotoxicology and Teratology*, 17 (4), 403-411.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação Nacional das Profissões*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional (Ministério do Emprego e Segurança Social).
- Itoigawa, N., Minami, T., & Kondo-Ikemura (1996). Parenting and family support in Japan for 6 to 8 year-old children weighing under 1000 grams at birth. Special Section "Prematurity", *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 477-490.

- James, W. H. (1992). "Maternal personality and sex of infant": Comment. *British Journal of Medical Psychology*, 65 (1), 73-76.
- Joaquim, T. (1997). *Menina e moça: A construção social da feminilidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- John, O. P. (1990). The Big Five Factor Taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.) *Handbook of Personality - Theory and research* (pp. 66-100). New York: The Guilford Press .
- Justo, J. M. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8 (4), 371-376.
- Justo, J. M. (1997). Os bebés prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 307-332.
- Kaeller, M., G. & Roe, K. V. (1990). Personality variables as assessed by the MMPI and their relationship to mother-infant interactional behaviours at age three months. *Psychological Reports*, 66 (3/1), 899-904.
- Kahn, D. (1996). Employed and at home mothers: A comparison of gender-related character traits and psychological rewards derived from work. *Dissertation Abstracts International*, 56 (10B), 5815.
- Kalmár, M. (1996). The course of intellectual development in preterm and fullterm children: A 8-year longitudinal study. Special Section "Prematurity", *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 491-516.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença. (Obra original publicada em 1978).
- Klaus, M. H., & Kennell, M. D. (1993). *Pais/bebé - a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1969). *A psicanálise de crianças*. São Paulo: Mestre Jou.
- Krahé, B. (1992). *Personality and Social Psychology - Towards a Synthesis*. London: Sage Publications.
- Krantz, D. S., & Hedges, S. M. (1987). Some cautions for research on personality and health. *Journal of Personality*, 55 (2), 351-357.
- Kreisler, L., & Soulé, M. (1995). L'enfant prématuré. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé, *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* (pp. 1893-1915). Paris: PUF.

- Lang, K. L., McCrae, R. R., Angleitner, A., & Livesley, W.J. (1998). Heritability of facet-level traits in a cross-cultural twin sample: Support for a hierarchical model of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1556-1565.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leal, I. (1989). Moribundos e sobreviventes. *Análise Psicológica*, 8 (4), 523-526.
- Leal, I. (1990). Nota de Abertura. In *Psicologia de gravidez e de maternidade. Análise Psicológica*, 8 (4), 365-366.
- Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. In *Psicologia e Saúde. Análise Psicológica*, 10 (2), 229-234.
- Leal, I. (1995). Nota de Abertura. In *Do feminino e do materno. Análise Psicológica*, 13 (1/2), 3-4.
- Leal, I. (1995). Feminino e masculino: Ensaio sobre a relevância e a ordem social. *Análise Psicológica*, 13 (1/2), 23-32
- Leal, I. (1995). Nota de Abertura. In *Gravidez e interrupção da gravidez. Análise Psicológica*, 16 (3), 363-364.
- Leal, I. (1997). Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. In J. L. Ribeiro (Ed.), 2º *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 201-214). Braga: ISPA.
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto Editora.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (1995). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris: PUF.
- Lee, C. (1998). *Womens Health: Psychological and Social Perspectives*. London: Sage Publications.
- Lemos-Giraldez, S., & Fidalgo-Aliste, A. M. (1993). Conductas de riesgo cardiovascular en poblacion universitária. *Psicothema*, 5 (2), 337-350.
- Lester, E. P., & Notman, M. T. (1986). Pregnancy developmental crisis and object relations: Psychoanalytic considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 67 (3), 357-366.
- Levy-Shiff, R., Gili, E., Har-Even, D. (1994). Emotional and behavioral adjustment in children born prematurely, *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (3), 323-333.

- Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R: Contextos teóricos e psicométricos. "Ocean" ou "Iceberg"?* Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.
- Lima, M. P. (1999). A personalidade na terceira idade. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 385-395.
- Lima, M. P. (2002). Personality and culture. In R. R. McCrae & J. Allik. (Eds.), *The five-factor model of personality across cultures*. New York: Kluwer Academic/Plenum publishers
- Lima, M. P., & Simões, A. (1995). Inventário de Personalidade NEO-PI-R In L. S. Almeida, Simões, M. P. & Gonçalves, M. M. (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (Vol. 1, pp. 133-149). Braga: APPORT.
- Lima, M. P., & Simões A. (1997). O Inventário da Personalidade NEO-PI-R: Resultados da aferição portuguesa. *Psychologica*, 18, 25-46.
- Lima, M. P., & Simões A. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 18 (2), 171-179.
- Lima, M. P., & Simões A. (2000). *NEO-PI-R manual profissional*. Lisboa: CEGOC.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto. In M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.). *Avaliação Psicológica em Portugal: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 15-32). Coimbra: Quarteto Editora
- Lippa, R. (1995). Gender-related individual differences and psychological adjustment in terms of the big five and circumplex models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (6), 11846-1202.
- Loevinger, J. (1994). Has psychology lost it's conscience? *Journal of Personality Assessment*, 62 (1), 2-8.
- Mackey, M., Coster- Schulz, M., & Tiller, C. (1999). Stressful life events of women with pre-term labor. *National Academies of Practice Forum: Issues in interdisciplinary care*, 1 (2), 115-122.
- Mackey, M., Williams, C., & Tiller, C. (2000). Stress, pre-term labor and birth outcomes. *Jornal of Advanced Nursing*, 32 (3), 666-674.
- Mahler, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International University Press.

- Mahler, M. (1983). *As psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T. (1985). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- Maldonado, M. T. (1992). Psicossomática e Obstetrícia, In J. Mello Filho (Ed.), *Psicossomática hoje* (pp. 208-214). São Paulo: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Mamelle, N. (1986). Grossesse et ses composantes medicales, psychologiques et sociales. In J. Clerget (Ed.), *Fantasmes et mesques de grossesse* (pp. 184-18). Lyon: PUF8.
- Mamelle, N., Segueilla, M., Munoz, F., & Berland, M. (1997). Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor: the benefits of psychological support. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177 (4), 947-952.
- Mamelle, N., Segueilla, M., Munoz, F., & Berland, M. (1998). Prevention of prematurity by psychotherapeutic management. *Contraception, Fertillité et Sexualité*, 26 (1), 775-780.
- Mamelle, N., & The PPPB Study Group (2001). Psychological prevention of early pre-term birth: A reliable benefit. *Biology of the Neonate*, 79 (3/4), 268-273.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 808.
- Matias, L., Parreira, S., & Figueiras, V. (2000). Na sombra de um sonho – Comparação do feminino e do materno entre mulheres com e sem história de aborto espontâneo recorrente, In J. L. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Matos, I., Leal, I., & Ribeiro, J. L. P. (2000). Validação preliminar de uma escala de feminino/materno. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 69-71.
- McAdams D. P. (1992). The five-factor model in personality: A critical approach, Special issue, "The five factor model: Issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 329-357.
- McAdams D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63 (3), 365-393.

- McCrae, R. R. (1992). Editor's introduction to Tupes and Christal, Special issue, "The five factor model: issues and applications", *Journal of Personality*, 60 (2), 217-219.
- McCrae, R. R., & Allik, J. (Eds.). (2002). The five-factor model of personality across cultures. New York: Kluwer Academic/Plenum publishers
- McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (1), 81-90.
- McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (1989). The structure of interpersonal traits: Wiggins's circumplex and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 4, 586-595.
- McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (1992). An introduction to the five factor model and its applications, Special issue, "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 175-210.
- McCrae, R. R., & Costa, Jr., P. T. (1994). The paradox of parental influence: understanding retrospective studies of parent-child relationship and adult personality. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eiseman (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 107-126). New York: John Wiley & Sons.
- McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (1995). Trait explanations in personality psychology. *European Journal of Personality*, 9, 231-252.
- McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McCrae R. R., & John O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60 (2), 175-210.
- McCrae, R. R., Zonderman, A. B., Costa Jr., P. T., Bond, M. H., & Paunonen, S. V. (1996). Evaluating the replicability of factors in the Revised NEO Personality Inventory: Confirmatory factor analysis versus procrustes rotation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (3), 552-556.
- McIntyre, T., Carvalho, P., & Milhazes, G. (1997). Ansiedade e depressão no processo gravídico: Dados preliminares. In J. L. Ribeiro (Ed.), 2º *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 231-250). Braga: ISPA.
- Mednick, B. R., Hocevar, D., & Schulsinger, C. (1996). Personality and demographic characteristics of mothers and their ratings of their 3 to 10

- year-old children's temperament. *Merrill Palmer Quarterly*, 42 (3), 397-417.
- Mende, M. J. (1992). *Auto-estima em mães primíparas com bebé prematuro*. Estudo monográfico. ISPA. Lisboa.
- Mendes, I. M. (2002). A Gravidez e a maternidade: aspectos adaptativos In *Ligação materno-fetal* (pp. 21-42) Coimbra: Quarteto Editora.
- Mengelsdorf, S. C., Gunnar, M., Kestenbaum, R., & Lang, S. (1990). Infant proneness-to-distress temperament, maternal personality and mother-infant attachment: Associations and goodness of fit. *Child Development*, 61 (3), 820-831.
- Merkatz, I. R., & Fanaroff, A. A. (1982). Cuidados no pré-natal e no parto de recém-nascidos de alto risco. In M. Klaus, & A. A. Fanaroff (Eds.), *Alto Risco em Neonatologia* (2ª Ed.) (pp. 1-21). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Miranda, A. L. (1997). *O desejo antecipado: Desenvolvimento psicológico, biológico e relacional em grandes prematuros de muito baixo peso ao longo do seu primeiro ano de vida*. Estudo monográfico. Lisboa: ISPA.
- Mischel, W. (1990). Personality dispositions revisited and revised: A view after three decades. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: theory and research*. New York: The Guilford Press.
- Mischel W., & Shoda Y. (1998). Reconciling processing dynamics and personality dispositions. *Annual Review Psychology*, 49, 229-258.
- Misra, D. P., O'Campo, P., & Strobino, D. (2001). Testing a sociomedical model for preterm delivery. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15 (2), 110-122.
- Morehouse, L. E., & Miller, A. T. (1971). *Physiology of exercise* (6th Ed.). Saint Louis: C. V. Mosby Company.
- Munck, H. (1995). Intervenção hospitalar com pais de bebés prematuros. In J. Gomes-Pedro, *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp. 229-235). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nondofaz, N., Thoumsin, H., & Foidart, J. M. (1998). Psychological environment and premature birth. *Revue Medicale de Liège*, 53 (3), 131-137.

- O'Brien, M., Soliday, E., & McCluskey-Fawcett, K. (1995). Prematurity and the neonatal intensive care unit. In M. C. Roberts *Handbook of Paediatric Psychology*. (2nd Ed.) (pp. 463-477). New York: The Guilford Press.
- Olsen, S., Martin, P., & Halversen, C. (1999). Personality, marital relationships and parenting in two generations of mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 23 (2), 457-476.
- Omer, H.; Friedlander, D., & Palti, Z. (1986a). Hypnotic relaxation in the treatment of premature labor. *Psychosomatic Medicine*, 48 (5), 351-361.
- Omer, H.; Friedlander, D., & Palti, Z. (1986b). Life stresses and premature labor: Real connection or artificial findings? *Psychosomatic Medicine*, 48 (5), 362-369.
- Omer, H., Elizur, Y., Friedlander, D., & Palti, Z. (1986c). Psychological variables and premature labour: a possible solution for some methodological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 30 (5), 559-565.
- Omer, H., Nishri, R., & Neri, A. (1987). Psychological characteristics of women with postterm pregnancies. *Psychosomatic Medicine*, 49, 610-615.
- Orr, S. T., Blackmore-Prince, C., James, S. A., Griffin, J. M., & Raghunathan, T. (2000). Race, clinical factors and preterm birth in a low income urban setting. *Ethnicity and Disease*, 10 (3), 411-417.
- Paarlberg, K., Marieke, M., & Vingerhoets, J. (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (5), 563-595.
- Palanzuela, D. P., & Barros, A. M. (1993). *Modern trends in personality theory and research*. Porto: APPORT.
- Palminha, J. M. (1997). A sobrevivência do grande prematuro, o meio socio-familiar e a responsabilidade da sociedade civil. *Integrar*, 14, 24-28.
- Paul, M. C. (1992). Factores de risco associados ao nascimento prematuro, *Psicologia*, 8, 393-402.
- Paunonen, S. V., & Jackson, D. N. (2000) What is beyond the big five? Plenty! *Journal of Personality*, 68 (5), 821-835.
- Pearl, R., & Donahue, M. (1995). Four years after a pre-term birth: Children's developmental and their mothers beliefs and expectations. *Journal of Paediatric Psychology*, 20 (3), 363-370.

- Pereira, T. M. (1998). Mãe de filho prematuro. In R. M. Cardoso (Coord.), *A outra metade da medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Pervin, L. A. (1978). *Current controversies and issues in personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Pervin, L. A. (1990). Brief history of modern personality theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and research*. New York: The Guilford Press.
- Pervin, L. A. (1993). Affect and personality. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 301-311). New York: The Guilford Press.
- Pervin, L. A. (2000). The four C's of personality: Context, consistency, conflict and coherence. In Bergman, L. (Ed.), *Developmental science and the holistic approach*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (1990). *Personality - Theory and research* (7th Ed.). New York: Wiley.
- Pickett, K. E., & Selvin, S. (2000). Defining pre-term delivery – The epidemiology of clinical presentation. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 14 (4), 305-308.
- Piedmont, R. L., McCrae R. R., & Costa, Jr., P. T. (1991). Adjective check-list scales and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (4), 630-637.
- Pines, D. (1990). Pregnancy, miscarriage and abortion – A psychoanalytic perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 71 (2), 301-307.
- Plomin, R., & Nesselroade, J. R. (1990). Behavioural genetics and personality change. *Journal of Personality*, 58 (1), 191-218.
- Posaci, C., Saygili, U., Erata, Y. E., Onvural, A., Issever, D., & Yilmaz, U. (1995). Does the incidence of premature labor vary according to the season? *Revue Française de Gynecologie et Obstetrie*, 90 (11), 481-485.
- Raphael-Leff, J. (1985). Facilitators and regulators: Vulnerability to post-natal disturbance. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 4, 11-22.
- Raphael-Leff, J. (1996). Pregnancy – the procreative process – The "placental paradigm" and perinatal therapy. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 44, 373-399.
- Raphael-Leff, J. (1997). Gravidez: A história interior. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rappaport, I. (1994). Analytic work concerning motherhood. *Psychoanalytic Review*, 81 (4), 495-716.

- Realo, A., & Allik, J. (1998). The estonian self-consciousness scale and its relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 70 (1), 109-124.
- Rennie, J. M., & Robertson, N. R. C. (Eds.). (1999). *Textbook of Neonatology* (3rd Ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A Psicologia da saúde é uma área epistemológica de eleição para o exercício da psicologia clínica. In *1º Seminário de deontologia profissional do psicólogo* (pp. 18-28). Braga: Apport.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). O Consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3 (1), 11-22.
- Rieck, M., Arad, I., & Netzer, D. (1996). Developmental evolution of very-low-birth-weight infants: Longitudinal and cross-sectional studies. Special Section "Prematurity", *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 549-562.
- Riemann, R., Angleitner, A., & Strelau, J. (1997). Genetic and environmental influences on personality: a study of twins reared together using the self- and peer report NEO-FFI Scales. *Journal of Personality*, 65 (3), 450-475.
- Roberts, W. E., Morrison, J. C., Perry, K. G., Floyd, R. C., McLaughlin, B. N., & Fox, M. D. (1995). Risk of preterm delivery from preterm labor in high-risk patients. *Journal of Reproductive Medicine*, 40 (2), 95-100.
- Rosenblatt, D. (1997). Premature Babies. In A. Baum, S. Newman et al (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 565-568). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ross, G., Lipper, E., & Auld, P. A. (1996). Cognitive abilities and early precursors of learning disabilities in very-low-birth-weight children with normal intelligence and normal neurological status. Special Section "Prematurity", *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 563-580.
- Ruch, J. C. (1984). Personality. In *Psychology: The personal science* (pp. 403-435). California: Wadsworth.

- Rutter, D. R., Quine, L., & Chesham, D. (1993). Pregnancy Outcome. In *Social Psychological Approaches to Health* (pp. 76-144). New York: Harvester Wheatsheaf.
- Rymachevsky, N. V., Kovalenko, V. M., Volkov, A. E., & Trufanova, O. K. (1990). The personality traits of pregnant women in health and disease. *Zhurnal-Nevropatologii- I- Psikhiatrii-imeni-S. S.*, 90 (5), 97-101.
- Sá, E. (1993). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (1995). *Más maneiras de sermos bons pais: as crianças, o pensamento e a família*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E., Coelho, A., Relvas, A. P., Lopes, J. S., Biscaia, J., & Alarcão, M. M. (1997). *A Maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Sá, E. (Org). (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Fim de século.
- Salas, O. (1990). *Feminilidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sansavini, A., Rizzardi, M., & Alessandrini, R. (1986). The development of italian low- and very-low-birth-weight infants from birth to five years. Special Section "Prematurity", *International Journal of Behavioral*, 19 (3), 533-548.
- Saucier, G., & Goldberg, L. R. (1998). What is beyond the big five? *Journal of Personality*, 66 (4), 495-524.
- Schafer, R. (1992). *Saber ser mãe*. Lisboa: Edições Salamanka.
- Seabra, M. J. (1993). Variáveis psicológicas associadas à prematuridade, *Psychologica*, 10, 61-68.
- Shapiro, J. L., Kung, R., & Barrett, J. F. (2000). Cervical length as a predictor of preterm birth in twin gestations. *Twin Research*, 3 (4), 213-216.
- Sherr, L., & St Lawrence, J. (Eds.). (2000). *Women, health and the mind*. New York: Wiley.
- Siegler, I. C. (1991). Ratings of personality change in patients being evaluated for memory disorders. *Alzheimer disease and associated disorders*, 5(4), 240-250.
- Simões, A. (1999). A personalidade do adulto: estabilidade e/ou mudança? *Psychologica*, 22, 9-26.
- Smith T. W., & Williams P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. Special Issue, "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 395-417.

- Soares, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos: Segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora.
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soldz, S., & Vaillant, G. (1999). The big five personality traits and the life course: a 45-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 33, 208-232.
- Soulé, M. (1982). L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. In *La dynamique du nourrisson*. Editions ESFP.
- Soulé, M. (1992). La mère qui tricote suffisamment. *Revue Française de Psychanalyse*, 4, 1079-1087.
- Spirrison, C. L. (1994). Factorial hue and cry: Comments on Jane Loevinger' "Has psychology lost it's conscience?". *Journal of Personality Assessment*, 63 (3), 579-583.
- Stanton, A. J., & Gallant, S. J. (Eds.). (1995). *The psychology of women's health*. Washington: APA.
- Stern, D. N., & Bruschweiler-Stern, N. (1998). *O nascimento de uma mãe: Como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Âmbar.
- Stoller, R. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220-226.
- Stoller, R. (1968). *Sex and gender*. London: Kanrmac.
- Stoller, R. (1982). A feminilidade primária. In H. Blum (Ed.), *Psicologia feminina, uma visão psicanalítica contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stoller, R. (1993). *Masculinidade e feminilidade, apresentações do género*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Suls, J., & Rittenhouse, J. D. (1987). Personality and physical health: An introduction. *Journal of Personality*, 55 (2), 155-167.
- Sykes, D. H., Hoy, E. A., Bill, J. M., McClure, B., Garth, B., et al (1997). Behavioral adjustment in school of very low birth weight children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38 (3), 315-325.

- Teichman, Y. (1988). Expectant parenthood. In S. Fisher & I. Reason (Eds.), *Handbook on Lifestress cognition and health* (pp. 3-22). Chichester: John Wiley & Sons Ltd..
- Teichmann, A. T., & Breull, A. (1989). Ein neues konzept psychosomatischer forschung am beispiel der vorzeitigen wehentätigkeit (Um novo conceito de investigação em psicossomática exemplificado através do parto prematuro). *Zeischrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 35 (3), 256-276.
- Texto Editora (Ed.). (1999). *Provérbios para lembrar*. Lisboa: Texto Editora.
- Ussher, J. M. (1992). Reproductive rhetoric and blaming on the body. In P. Nicolson & J. Ussher (Eds.), *The psychology of women's health and health care* (pp. 31-61). Basingstoke, UK: Macmillan.
- Ussher, J. M. (Ed.). (2000). *Women's Health: Contemporary international perspectives*. Leicester, UK: British Psychological Society Books.
- Uvnäs-Moberg, K., Widström, A. M., Nissen, E., & Björvell, H. J. (1990). Personality traits in women 4 days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin. *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2, 261-273.
- Watson D., & Clark L. A. (1992). On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five factor model, Special issue, "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 441-475.
- Whitehead, N., Hill, H. A., Brogan, D. J., & Blackmore-Prince, C. (2002). Exploration of threshold analyses in the relation between stressful life events and preterm delivery. *American Jornal of Epidemiology*, 155 (2), 117-124.
- Widiger, T. A., & Costa Jr., P. T. (1994). Personality and personality disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 78-91.
- Widiger, T. A., & Trull, T.J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. Special issue, "The five factor model: issues and applications", *Journal of Personality*, 60 (2), 363-391.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1997). Assessment of the five factor model. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2), 228-250.

- Wiggins, J. S. (1992). Have model, will travel. Special issue, "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 527-532.
- Wiggins, J. S. (1996). *The five factor model of personality: theoretical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Youngblut, J., Loveland-Cherry, C., & Horan, M. (1994). Maternal employment effects on families and preterm infants at 18 months. *Nursing Research*, 43 (6), 331-337.
- Zachariah, R. (1994). *Maternal fetal attachment: Influence of mother-daughter and husband-wife relationships*. *Resident Nursing Health*, 17 (1), 37-44.
- Zuckerman, M. (1995). Good and bad humours: biochemical bases of personality and it's disorders. *Psychological Science*, 6 (6), 325-332.
- Zuckerman, M., Kulkman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: the big three, the big five and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (4), 757-768.

ANEXOS

ANEXO A

Tabela Reajustamento Social de Holmes & Rahé (1967)

| ACONTECIMENTO DE VIDA | NUMERAÇÃO | PONDERAÇÃO |
|--|-----------|------------|
| Morte do conjugue | 1 | 100 |
| Divórcio | 2 | 73 |
| Separação | 3 | 65 |
| Prisão | 4 | 63 |
| Morte de familiar chegado | 5 | 63 |
| Doença pessoal | 6 | 53 |
| Casamento | 7 | 50 |
| Despedimento | 8 | 45 |
| Re-concialiação conjugal | 9 | 45 |
| Reforma | 10 | 45 |
| Mudança de estado de saúde de familiar chegado | 11 | 44 |
| Gravidez | 12 | 40 |
| Dificuldades sexuais | 13 | 39 |
| Novo elemento familiar | 14 | 39 |
| Alteração de ramo profissional | 15 | 39 |
| Mudança de situação financeira | 16 | 38 |
| Morte de amigo | 17 | 37 |
| Alterações Profissionais | 18 | 38 |
| Mudança no numero de conflitos conjugais | 19 | 35 |
| Hipoteca elevada | 20 | 31 |
| Ameaça de hipoteca ou cessação de empréstimo | 21 | 30 |
| Alteração de responsabilidades profissionais | 22 | 29 |
| Saída de casa de filhos | 23 | 29 |
| Dificuldades com sogros | 24 | 29 |
| Grande acontecimento pessoal | 25 | 28 |
| Mulher começa ou deixa de trabalhar | 26 | 26 |
| Começo ou finalização escolar | 27 | 26 |
| Alterações de condições de vida | 28 | 25 |
| Revisão de hábitos pessoais | 29 | 24 |
| Dificuldades com responsável hierárquico | 30 | 23 |
| Mudanças de condições ou horário de trabalho | 31 | 20 |
| Mudança de residência | 32 | 20 |
| Mudança de escolas | 33 | 20 |
| Mudança de actividades recreativas | 34 | 19 |
| Mudança de actividades religiosas | 35 | 19 |
| Mudança de actividades sociais | 36 | 18 |
| Hipoteca ou empréstimo menos elevado | 37 | 17 |
| Mudança de hábitos de sono | 38 | 16 |
| Mudança no número de encontros familiares | 39 | 15 |
| Mudança de hábitos alimentares | 40 | 15 |
| Férias | 41 | 13 |
| Natal | 42 | 12 |
| Violações da lei menores | 43 | 11 |

ANEXO B

Listagem Completa das Variáveis Demográficas, Clínicas e Psicológicas

| NÚMERO | CODIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | IDENTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | NATUREZA DA VARIÁVEL |
|--------|-------------------------|---|----------------------|
| 1. | VA1 | Data de nascimento da criança prematura | Intervalar |
| 2. | VA1a | Idade da criança prematura à data da avaliação | Ordinal |
| 3. | VA2 | Tempo de gestação | Intervalar |
| 4. | VA3 | Peso à Nascimento | Intervalar |
| 5. | VA4 | Lugar na fratria | Nominal |
| 6. | VB1 | Data de nascimento materna | Intervalar |
| 7. | VB1a | Idade materna à data do nascimento do filho pré-termo | Intervalar |
| 8. | VB1b | Idade materna à data da avaliação | Ordinal |
| 9. | VB2 | Raça materna | Nominal |
| 10. | VB3 | Estado civil materno | Nominal |
| 11. | VB4 | Habilitações literárias maternas | Ordinal |
| 12. | VB5 | Profissão materna | Nominal |
| 13. | VB6 | Actividade profissional durante gravidez | Nominal |
| 14. | VB6a | Natureza da actividade exercida | Nominal |
| 15. | VB7 | Considerada gravidez de risco desde o início | Nominal |
| 16. | VB7a | Justificação para diagnóstico de risco inicial | Nominal |
| 17. | VB8 | Existência de períodos de repouso absoluto | Nominal |
| 18. | VB8a | Semanas de gestação (do repouso absoluto) | Ordinal |
| 19. | VB9 | Outros filhos nascidos prematuramente | Nominal |
| 20. | VB9a | Numero de filhos nascidos prematuramente | Ordinal |
| 21. | VB10 | Tentativa de Interrupção voluntária da gravidez (IVG) | Nominal |
| 22. | VB10a | Semanas de gestação aquando da IVG | Ordinal |
| 23. | VB11 | Existência de problemas ginecológicos durante a gravidez | Nominal |
| 24. | VB11 | Natureza dos problemas ginecológicos verificados durante gravidez | Nominal |
| 25. | VB12 | Incidente traumático durante gravidez | Nominal |
| 26. | VB12a | Natureza do incidente traumático | Nominal |
| 27. | VB13 | Acontecimento de vida traumatizante durante gravidez | Nominal |
| 28. | VB13a | Natureza do acontecimento de vida traumatizante | Nominal |
| 29. | VB14 | Doença crónica materna anterior à gravidez | Nominal |
| 30. | VB14a | Natureza da doença crónica materna | Nominal |
| 31. | VB15 | Hábitos tabágicos durante a gravidez | Nominal |
| 32. | VB15a | Número de cigarros por dia | Intervalar |
| 33. | VB16 | Consumo de substâncias tóxicas durante gravidez | Nominal |
| 34. | VB16 | Consumo de substâncias tóxicas durante gravidez | Nominal |
| 35. | VB16 | Consumo de substâncias tóxicas durante gravidez | Nominal |

| | DA VARIÁVEL | IDENTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL | NATUREZA DA VARIÁVEL |
|-----|-------------|--|----------------------|
| 36. | VB16a | Natureza de substância tóxica consumida | Nominal |
| 37. | VB16b | Consumo diário | Ordinal |
| 38. | VB17 | Número de refeições por dia | Intervalar |
| 39. | VB18 | Gravidez planeada | Nominal |
| 40. | VB19 | Gravidez desejada | Nominal |
| 41. | VB20 | Gravidez vigiada | Nominal |
| 42. | VB20a | Mês de gestação em que vigilância foi iniciada | Ordinal |
| 43. | VB22 | Tipo de parto | Nominal |
| 44. | VB23 | Co-habitação | Nominal |
| 45. | VB24a | Concelho da área de residência | Nominal |
| 46. | VB24b | Freguesia da área de residência | Nominal |
| 47. | VC1 | Idade paterna à data do nascimento prematuro | Intervalar |
| 48. | VC2 | Habilitações literárias paternas | Ordinal |
| 49. | VC3 | Profissão paterna | Nominal |
| 50. | VD1 | Rendimento pessoal | Ordinal |
| 51. | VD2 | Rendimento familiar | Ordinal |
| 52. | VN | NEUROTICISMO | Intervalar |
| 53. | VN1 | Ansiedade | Intervalar |
| 54. | VN2 | Hostilidade | Intervalar |
| 55. | VN3 | Depressão | Intervalar |
| 56. | VN4 | Auto-consciência | Intervalar |
| 57. | VN5 | Impulsividade | Intervalar |
| 58. | VN6 | Vulnerabilidade | Intervalar |
| 59. | VE | EXTROVERSÃO | Intervalar |
| 60. | VE1 | Caloroso | Intervalar |
| 61. | VE2 | Gregariedade | Intervalar |
| 62. | VE3 | Assertividade | Intervalar |
| 63. | VE4 | Actividade | Intervalar |
| 64. | VE5 | Procura Excitação | Intervalar |
| 65. | VE6 | Emoções Positivas | Intervalar |
| 66. | VO | ABERTURA EXPERIÊNCIA | Intervalar |
| 67. | VO1 | Fantasia | Intervalar |
| 68. | VO2 | Estética | Intervalar |
| 69. | VO3 | Sentimentos | Intervalar |
| 70. | VO4 | Acções | Intervalar |
| 71. | VO5 | Ideias | Intervalar |
| 72. | VO6 | Valores | Intervalar |
| 73. | VA | AMABILIDADE | Intervalar |
| 74. | VA1 | Confiança | Intervalar |
| 75. | VA2 | Rectidão | Intervalar |
| 76. | VA3 | Altruísmo | Intervalar |
| 77. | VA4 | Complacência | Intervalar |
| 78. | VA5 | Modéstia | Intervalar |
| 79. | VA6 | Sentimental | Intervalar |
| 80. | VC | CONSCIENCIOSIDADE | Intervalar |
| 81. | VC1 | Competência | Intervalar |
| 82. | VC2 | Ordem | Intervalar |
| 83. | VC3 | Dever | Intervalar |
| 84. | VC4 | Realização | Intervalar |
| 85. | VC5 | Auto-disciplina | Intervalar |
| | VC6 | Deliberação | |

ANEXO C

Exemplar de Carta de Solicitação de Participação

CARA MÃE,

Têm vindo a nascer cada vez mais bebés prematuros em Portugal. Este não é um acontecimento único no nosso país, uma vez que o mesmo acontece noutros países da Europa e no mundo em geral.



Por esta razão, são cada vez em maior número as investigações que procuram conhecer melhor a realidade do nascimento prematuro. Este é também o propósito da actual investigação que se intitula "*Avaliação do perfil factorial da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro*". Na qualidade de mãe de uma criança prematura, vimos solicitar a sua colaboração neste estudo, o que envolve a participação numa breve entrevista, seguida do preenchimento de um inventário.

Desde já garantimos que as suas respostas serão anónimas e naturalmente objecto de total confidencialidade.

Muito Obrigada pela sua disponibilidade e pela sua ajuda!

ANEXO D

Questionário de Caracterização da Amostra

Numeração do questionário _____

A. SOBRE A CRIANÇA PREMATURA

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Idade: ____)
2. Idade Gestacional: ____ semanas
3. Peso à nascença: ____ gramas
4. Lugar na fratria*: 1º ☐ ; 2º ☐ ; 3º ☐ ; 4º ☐ ; Outro _____

(* Averiguar simultaneamente paridade materna)

B. SOBRE A MÃE

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (____ Anos)
 - 1.1 Idade à data do nascimento prematuro (____ Anos)
1. Raça
 - 2.1 Caucasiana ☐
 - 2.2 Negra ☐
 - 2.3 Asiática ☐
 - 2.4 Mista ☐
3. Estado civil:
 - 3.1 Solteira ☐
 - 3.2 Casada ☐
 - 3.3 Separada/ Divorciada ☐
4. Habilitações Literárias: _____
5. Profissão: _____
6. Trabalhou durante a gravidez? sim ☐ não ☐
 - 6.1 Natureza do trabalho praticado _____
7. Foi considerada desde início uma gravidez de risco? sim ☐ não ☐
 - 7.1 Porquê? _____

8. Existiram períodos de internamento/reposou absoluto? sim ☐ não ☐

8.1 Idade de gestação: _____ semanas

8.2 Duração do internamento: _____ semanas

9. Já teve outros filhos nascidos prematuramente? sim ☐ não ☐

9.1 Quantos? _____

10. Houve alguma tentativa de IVG ? sim ☐ não ☐

10.1 Tempo de gestação _____ semanas

11. Problemas ginecológicos durante a gravidez? sim ☐ não ☐

11.1 Quais? _____

12. Verificou-se algum Incidente traumático durante a gravidez ? (queda, acidente de viação, etc.) sim ☐ não ☐

12.1 Se respondeu afirmativamente, especificar _____

13. Verificou-se algum acontecimento de vida traumatizante? (morte de familiar chegado; separação do cônjuge ou divórcio) sim ☐ não ☐

13.1 Especificar: _____

14. Existência de alguma doença crónica anterior à gravidez? _____

15. Hábitos tabágicos durante a gravidez? sim ☐ não ☐

15.1 Número de cigarros por dia? _____

16. Consumo de substâncias tóxicas?

16.1 Álcool; droga; fármacos – Especificar: _____

16.2 Consumo diário: _____

17. Quantas refeições toma por dia? _____

18. Gravidez planeada? sim ☐ não ☐

19. Gravidez desejada? sim ☐ não ☐

20. Gravidez vigiada? sim ☐ não ☐

20.1 A partir de que mês de gestação ? _____

21. Qual foi a causa clínica (médica) identificada para o nascimento prematuro?

22. Tipo de parto:

22.1 Eutócico ☐

22.2 Cesariana ☐

22.3 Outro ☐ _____

23. Co-habitação

23.1 Família nuclear em domicílio próprio ☐

23.2 Com família alargada (domicílio materno ou paterno) ☐

23.3 Sem co-habitação ☐

24. Área de residência

24.1 Concelho _____

24.2 Freguesia _____

C. SOBRE O PAI

1. Idade à data do nascimento do filho prematuro: _____ Anos

2. Habilitações Literárias: _____

3. Profissão: _____

D. RENDIMENTO

1. Rendimento pessoal _____ PTE/€

2. Rendimento familiar _____ PTE/€

ANEXO E

Caderno do NEO-PI-R

NEO PI-R™

Caderno

NEO PI-R, Inventário de Personalidade NEO Revisto

Design: Andreas Rocha

Paul T. Costa, Jr., Ph.D.
e Robert R. McCrae, Ph.D.

Não escreva nada neste caderno.
Dê as suas respostas na folha de resposta.



Autores: Paul Costa, Ph.D. and Robert McCrae, Ph.D.
Copyright ©1975, 1985, 1989, 1991, 1997 by Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.
Copyright ©2000 by CEGOC-IEA para a edição em português. Adaptação portuguesa: Dr. Sérgio Rodrigues da Silva e António Simões.
Exemplo CEGOC-IEA: Av. Alameda Augusto Aguiar, 21-25, 1050-012 LISBOA.
Registo a reprodução total ou parcial, nomeadamente eletrónica, DEPOSDIT, 163341, 1-000000-000.

Este questionário contém 240 afirmações.

Leia cuidadosamente cada uma delas.

Para cada afirmação, na folha de resposta, ponha um *círculo* à volta da letra que melhor representa a sua opinião:

Círculo DF (Definitivamente Falso) se a afirmação for claramente falsa ou se você discordar fortemente dela **DF**

Círculo D (Discordo) se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se você discordar dela **D**

Círculo N (Neutro) se a afirmação for igualmente verdadeira e falsa, ou se você não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra **N**

Círculo C (Concordo) se a frase for verdade na maior parte das vezes, ou se concorda com ela **C**

Círculo CF (Definitivamente Verdadeiro) se a frase for claramente verdadeira ou se você concordar fortemente com ela **CF**

Não existem respostas certas ou erradas. Descreva as suas opiniões, da forma mais precisa e sincera possível.

Por favor, leia cada afirmação com atenção e marque *apenas* a letra que melhor corresponde à sua opinião.

Responda a *todas* as questões.

Note que as respostas estão numeradas em colunas na sua folha de resposta. Tome atenção para que a sua resposta seja marcada no espaço correctamente numerado.

Se tiver mudado de opinião ou se tiver enganado, apague completamente a sua resposta ou, no caso de tal não ser possível, *encha* o círculo errado e assinale com um novo círculo a resposta correcta: **DF D N C CF**

Responda a todas as perguntas na *folha de resposta*, não escreva no caderno de perguntas.

Discordo fortemente **Discordo** **Neutro** **Concordo** **Concordo fortemente**



Não sou uma pessoa preocupada

Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta

Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro

Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações

Tenho uma imaginação muito activa

Ao lidar com as outras pessoas, tenho sempre receio de ser mal sucedido(a)

Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros

No trabalho e nos tempos livres, gosto de fazer as coisas com calma

Sou conhecido(a) pela minha prudência e bom senso

Sou bastante agarrado(a) às minhas próprias maneiras de proceder

Muitas vezes, aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam

Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas

Não gosto de multidões, por isso, as evito

Sou distraído(a) e pouco determinado(a)

Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza

Raramente me deixo levar pelos meus impulsos (caprichos)

Não sou matreiro(a), nem espertalhão (espertalhoneta)

Sinto, muitas vezes, uma necessidade louca de me divertir

Antes quero deixar as coisas em aberto que planear tudo, com antecedência

Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas

Raramente me sinto só ou abatido(a)

Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos

Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a)

Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo



























Sem emoções fortes, a vida não teria interesse para mim

Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolvesse os meus problemas por mim

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

3

DF Discordo fortemente **D** Discordo **N** Neutro **C** Concordo **CF** Concordo fortemente

- | | |
|--|--|
|  Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria |  Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem |
|  Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar |  Às vezes, sinto-me completamente inútil |
|  Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos |  Às vezes, não consigo afirmar-me, tanto como devia |
|  Ao longo dos anos, fiz algumas coisas bem escúpidas |  Raramente, sinto emoções fortes |
|  Assusto-me, facilmente |  Tento ser delicado com todas as pessoas, que encontro |
|  Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas |  Às vezes, não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser |
|  Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação |  Poucas vezes, sinto-me inseguro(a), quando estou com outras pessoas |
|  Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem intencionadas |  Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo |
|  Não encaro os deveres cívicos, tais como votar, muito seriamente |  Penso que é interessante aprender e cultivar novos hobbies (passatempos) |
|  Não me zango facilmente |  Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário |
|  Gosto de ter muita gente, à minha volta |  Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada |
|  Às vezes, deixo-me absorver, totalmente, pela música que ouço |  Custa-me resistir aos meus desejos |
|  Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero |  Não gostaria de passar férias no Algarve |

4

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

D Discordo fortemente **D** Discordo **N** Neutro **C** Concordo **C** Concordo fortemente

1 Acho as discussões filosóficas aborrecidas

Sou conhecido(a) como uma pessoa de mau gênio e irritável

Prefiro não falar de mim próprio(a) e das minhas realizações

Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a)

2 Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho

Aborreço-me ver bailado ou dança moderna

Sinto que sou capaz de resolver a maioria dos meus problemas

Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém

3 Já experimentei, algumas vezes, sensações de grande alegria ou de êxtase (arrebatamento)

Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada)

Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança

Raramente estou triste ou deprimido(a)

4 Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes

Já fui, muitas vezes, líder de grupos a que pertencei

5 Penso, maduramente, nas coisas, antes de tomar uma decisão

É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas

6 Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a)

Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista

7 Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática

Pago as minhas dívidas, a tempo e a horas

8 Tenho uma grande capacidade de fantasiar

Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco

9 Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos

Trabalho devagar, mas persistentemente (de forma contínua)

10 Mantenho-me informado(a) e, geralmente, tomo decisões inteligentes

Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

5

DF Discordo fortemente **D** Discordo **N** Neutro **C** Concordo **CF** Concordo fortemente



Hesito em expressar a minha raiva, mesmo quando justificada

Muitas pessoas veem-me como uma pessoa um pouco fria e distante

Quando inicio um programa de modificação pessoal, deixo de cumprir, após alguns dias

Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a)

Não me é difícil resistir a tentações

Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas de confiança

Já fiz algumas coisas, só pelo gozo ou gana de as fazer

Sou, frequentemente, confrontado(a) com situações para as quais não estou totalmente preparado(a)



Gosto de resolver problemas e puzzles

Não sou considerado(a) uma pessoa melindrosa ou irritável

Sou melhor do que a maioria das pessoas, e tenho consciência disso

Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho(a), durante muito tempo

Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho

Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza

Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços

Ser completamente honesto(a) é uma via inadequada para fazer negócios

Não sou um(a) grande optimista

Gosto de ter as coisas no seu lugar, pois, assim sei onde as posso encontrar

Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral

Já senti, algumas vezes, uma sensação profunda de culpabilidade ou de ter pecado

Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos

Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar

Às vezes actuo, primeiro, e penso, depois

Raramente, presto atenção àquilo que sinto no momento



Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a)

Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a)

6

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

☐ **Discordo fortemente** ☐ **Discordo** ☐ **Neutro** ☐ **Concordo** ☐ **Concordo fortemente**

☐ **I** Nos jogos de paciência, às vezes, faço batota

☐ **II** Não fico muito atrapalhado(a), quando as pessoas se riem e fazem pouco de mim

Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia

Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas

Quando não gosto das pessoas, faço-lho saber

Trabalho muito, para conseguir o que quero

☐ **III** Quando me apresentam o meu prato preferido, tenho tendência a comer demasiado

Procuro evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores

Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar sobre assuntos demasiado teóricos e abstractos

Tento ser humilde

Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo

Em casos de perigo, conservo a cabeça fria

Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade

☐ Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas

Não gosto de pedintes

Antes de agir, penso nas consequências

☐ Raramente, me preocupo com o futuro

Gosto muito de falar com as outras pessoas

Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se

Fico desconfiado(a), sempre que alguém me faz qualquer coisa agradável

Tenho orgulho do meu bom senso

Fico, frequentemente, aborrecido(a) com as pessoas com quem tenho de lidar

Prefiro trabalhos, que eu possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado(a) por outras pessoas

A poesia pouco ou nada me diz

Detestaria ser considerado(a) um(a) hipócrita

☐ Parece que nunca consigo ser organizado(a)

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

7

| <input type="checkbox"/> Discordo fortemente | <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Neutro | <input type="checkbox"/> Concordo | <input type="checkbox"/> Concordo fortemente |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Tenho tendência a culpabilizar-me se alguma coisa corre mal | | | Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim própria; | |
| Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões | | | Quando começo um projecto, quase sempre o termino | |
| As muitas emoções e sentimentos são muitas e variadas | | | Sinto quase sempre dificuldade em tomar decisões | |
| Não sou muito conhecido(a), pela minha generosidade | | | Não me considero uma pessoa alegre | |
| Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu o cumpria | | | Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios do que ter abertura de espírito | |
| Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas | | | As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre considerações económicas | |
| Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas | | | Sou, frequentemente, levado(a) pelo impulso do momento | |
| Prefiro passar o tempo em ambientes que me são familiares | | | Preocupo-me, muitas vezes, ao pensar que as coisas podem correr mal | |
| Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer | | | É fácil para mim sorrir e conviver com pessoas desconhecidas | |
| Não sou ambicioso(a) | | | Quando vejo que estou a ser levado(a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer trabalho ou actividade | |
| Raramente, cedo aos meus impulsos | | | A minha primeira reacção é confiar nas pessoas | |
| Gosto de estar onde está a acção | | | Não me parece que tenha sido bem sucedido(a), seja no que for | |
| Gosto de resolver <i>puzzles</i> difíceis | | | É preciso muito para me arrearem | |

1 Discordo fortemente **2** Discordo **3** Neutro **4** Concordo **5** Concordo fortemente

15 Prefiro passar férias, numa praia concorrida, do que numa cabana isolada nos bosques

Esforço-me por conseguir tudo aquilo que eu puder

16 Certas formas de música têm um encanto infinito para mim

Às vezes, como até me sentir mal

Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo

Adoro as emoções da montanha russa

20 Sou uma pessoa um tanto rigorosa: aprecio a ordem, em todas as coisas

Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana

Tenho uma fraca opinião acerca de mim própria

Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição

Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas

Quando um projecto se torna demasiado difícil, sinto-me inclinado(a) a começar um novo

Poucas vezes, me dou conta da influência, que diferentes ambientes produzem nas pessoas

Consigo controlar-me bastante bem, em situações de crise

A maioria das pessoas, que conheço, gostam de mim

Sou uma pessoa alegre e bem disposta

Observo, rigorosamente, os princípios éticos, que defendo

Considero-me uma pessoa aberta e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas

Sinto-me à vontade, na presença do meu patrão ou outras autoridades

Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito

Normalmente, dou a impressão de estar sempre com pressa

Raramente, tomo decisões precipitadas

Por vezes, mudo coisas em minha casa, só para experimentar a diferença

Tenho menos receios que a maioria das pessoas

Se alguém começa uma briga, estou sempre pronto(a) para lhe dar luta

Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

9

1 Discordo fortemente **2** Discordo **3** Neutro **4** Concordo **5** Concordo fortemente

Em criança, raramente, achava piada nos
cos do nariz de conta

Se eu sei eu fizera algum mal a alguém,
quanta-me imenso conseguir encerrar essa
pessoa, outra vez

Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas

A minha vida decorre, a um ritmo rápido

Sou uma pessoa muito competente

Quando estou em férias, prefiro voltar a um
local genérico e já conhecido

Houve alturas, em que experimentei
ressentimento e amargura

Sou cabeçudo(a) e teimoso(a)

Os encontros sociais são, geralmente,
abotrecidos para mim

Histoço-me por ser excelente, em tudo o que
faço

As vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma
obra de arte, sinto um arrepiou ou uma onda de
emoção

As vezes, faço as coisas, de modo tão
impulsivo que, mais tarde, me arrependo

Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas,
para as levar a fazer o que quero que elas
façam

Atraem-me as cores alegres e os estilos
exuberantes

Não tenho a obsessão da limpeza

Tenho muita curiosidade intelectual

As vezes, as coisas parecem-me bastante
negras e desesperadas

Prefiro elogiar os outros a ser elogiado(a)

Nas conversas, tendo a falar mais do que os
outros

Existem tantas pequenas coisas a fazer que, por
vezes, simplesmente as ignoro

Acho fácil sentir empatia - quer dizer, sentir o
que os outros sentem

Mesmo quando tudo parece correr mal, eu
ainda consigo tomar boas decisões

Considero-me uma pessoa caridosa

É raro utilizar palavras, como fantástico ou
sensacional, para descrever as minhas
experiências

195 Tento fazer as tarefas, com todo o cuidado,
para não ter necessidade de as fazer outra vez

Algo corre mal, se aos 25 anos, as pessoas
não sabem em que é que acreditam

1 Discordo fortemente **2** Discordo **3** Neutro **4** Concordo **5** Concordo fortemente

Tenho simpatia por pessoas com menos sorte do que eu

Não considero fácil controlar as situações

Planeio, de antemão e com cuidado, as minhas viagens

Cosas estranhas, como certos sabores ou o nome de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções

As vezes, vêm-me à cabeça pensamentos aterradores

224

Quando posso, deixo o que estou a fazer, para ajudar os outros

Interessa-me, pessoalmente, pelas pessoas com quem trabalho

Só se estivesse mesmo doente é que eu faltava a um dia de trabalho

Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vagar, sem controlo nem orientação

Fico embaraçado(a), quando as pessoas, que eu conheço fazem asneiras

Tenho bastante fé na natureza humana

Sou uma pessoa muito activa

Sou eficiente e eficaz no meu trabalho

Sigo sempre o mesmo caminho, quando vou a qualquer sítio

Mesmo os pequenos contratempos podem ser frustrantes para mim

Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho

Gosto de festas com muita gente

Tenho o vício do trabalho

Agrada-me mais ler poesia, que dá ênfase aos sentimentos e às imagens, do que uma história com princípio, meio e fim

Consigo sempre manter os meus sentimentos sob controlo

Orgulho-me da minha perspicácia em lidar com as pessoas

Nos acontecimentos desportivos, gosto de fazer parte da multidão

Gasto muito tempo à procura de coisas, que coloquei fora do lugar

Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais

Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir



Sou uma pessoa superior

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

11

☐ Discordo fortemente ☐ Discordo ☐ Neutro ☐ Concordo ☐ Concordo fortemente

Tenho muita auto-disciplina

Sou bastante estável, do ponto de vista emocional

Rio, facilmente

Penso que a nova moralidade, que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma

Gostaria mais que me considerassem "compreensivo(a)" (inclinado(a) a perdoar) do que "justo(a)" (inclinado(a) ao rigor)

Penso duas vezes, antes de responder a uma pergunta

FIM DO TESTE.
CERTIFIQUE-SE DE QUE
RESPONDEU A TODAS
AS QUESTÕES

ANEXO F

Folha de Resposta do NE0-PI-R

NEO-PI-R FOLHA DE RESPOSTAS

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Empresa/Escola: _____ Localidade: _____ Data: _____

DF = Discordo Fortemente D = Discordo N = Neutro C = Concordo CF = Concordo Fortemente

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|----|----|----|---|---|---|----|----|----|---|---|---|----|-----|----|---|---|---|----|-----|----|---|---|---|----|-----|----|---|---|---|----|-----|----|---|---|---|----|-----|----|---|---|---|----|
| 1 | DF | D | N | C | CF | 31 | DF | D | N | C | CF | 61 | DF | D | N | C | CF | 91 | DF | D | N | C | CF | 121 | DF | D | N | C | CF | 151 | DF | D | N | C | CF | 181 | DF | D | N | C | CF | 211 | DF | D | N | C | CF |
| 2 | DF | D | N | C | CF | 32 | DF | D | N | C | CF | 62 | DF | D | N | C | CF | 92 | DF | D | N | C | CF | 122 | DF | D | N | C | CF | 152 | DF | D | N | C | CF | 182 | DF | D | N | C | CF | 212 | DF | D | N | C | CF |
| 3 | DF | D | N | C | CF | 33 | DF | D | N | C | CF | 63 | DF | D | N | C | CF | 93 | DF | D | N | C | CF | 123 | DF | D | N | C | CF | 153 | DF | D | N | C | CF | 183 | DF | D | N | C | CF | 213 | DF | D | N | C | CF |
| 4 | DF | D | N | C | CF | 34 | DF | D | N | C | CF | 64 | DF | D | N | C | CF | 94 | DF | D | N | C | CF | 124 | DF | D | N | C | CF | 154 | DF | D | N | C | CF | 184 | DF | D | N | C | CF | 214 | DF | D | N | C | CF |
| 5 | DF | D | N | C | CF | 35 | DF | D | N | C | CF | 65 | DF | D | N | C | CF | 95 | DF | D | N | C | CF | 125 | DF | D | N | C | CF | 155 | DF | D | N | C | CF | 185 | DF | D | N | C | CF | 215 | DF | D | N | C | CF |
| 6 | DF | D | N | C | CF | 36 | DF | D | N | C | CF | 66 | DF | D | N | C | CF | 96 | DF | D | N | C | CF | 126 | DF | D | N | C | CF | 156 | DF | D | N | C | CF | 186 | DF | D | N | C | CF | 216 | DF | D | N | C | CF |
| 7 | DF | D | N | C | CF | 37 | DF | D | N | C | CF | 67 | DF | D | N | C | CF | 97 | DF | D | N | C | CF | 127 | DF | D | N | C | CF | 157 | DF | D | N | C | CF | 187 | DF | D | N | C | CF | 217 | DF | D | N | C | CF |
| 8 | DF | D | N | C | CF | 38 | DF | D | N | C | CF | 68 | DF | D | N | C | CF | 98 | DF | D | N | C | CF | 128 | DF | D | N | C | CF | 158 | DF | D | N | C | CF | 188 | DF | D | N | C | CF | 218 | DF | D | N | C | CF |
| 9 | DF | D | N | C | CF | 39 | DF | D | N | C | CF | 69 | DF | D | N | C | CF | 99 | DF | D | N | C | CF | 129 | DF | D | N | C | CF | 159 | DF | D | N | C | CF | 189 | DF | D | N | C | CF | 219 | DF | D | N | C | CF |
| 10 | DF | D | N | C | CF | 40 | DF | D | N | C | CF | 70 | DF | D | N | C | CF | 100 | DF | D | N | C | CF | 130 | DF | D | N | C | CF | 160 | DF | D | N | C | CF | 190 | DF | D | N | C | CF | 220 | DF | D | N | C | CF |
| 11 | DF | D | N | C | CF | 41 | DF | D | N | C | CF | 71 | DF | D | N | C | CF | 101 | DF | D | N | C | CF | 131 | DF | D | N | C | CF | 161 | DF | D | N | C | CF | 191 | DF | D | N | C | CF | 221 | DF | D | N | C | CF |
| 12 | DF | D | N | C | CF | 42 | DF | D | N | C | CF | 72 | DF | D | N | C | CF | 102 | DF | D | N | C | CF | 132 | DF | D | N | C | CF | 162 | DF | D | N | C | CF | 192 | DF | D | N | C | CF | 222 | DF | D | N | C | CF |
| 13 | DF | D | N | C | CF | 43 | DF | D | N | C | CF | 73 | DF | D | N | C | CF | 103 | DF | D | N | C | CF | 133 | DF | D | N | C | CF | 163 | DF | D | N | C | CF | 193 | DF | D | N | C | CF | 223 | DF | D | N | C | CF |
| 14 | DF | D | N | C | CF | 44 | DF | D | N | C | CF | 74 | DF | D | N | C | CF | 104 | DF | D | N | C | CF | 134 | DF | D | N | C | CF | 164 | DF | D | N | C | CF | 194 | DF | D | N | C | CF | 224 | DF | D | N | C | CF |
| 15 | DF | D | N | C | CF | 45 | DF | D | N | C | CF | 75 | DF | D | N | C | CF | 105 | DF | D | N | C | CF | 135 | DF | D | N | C | CF | 165 | DF | D | N | C | CF | 195 | DF | D | N | C | CF | 225 | DF | D | N | C | CF |
| 16 | DF | D | N | C | CF | 46 | DF | D | N | C | CF | 76 | DF | D | N | C | CF | 106 | DF | D | N | C | CF | 136 | DF | D | N | C | CF | 166 | DF | D | N | C | CF | 196 | DF | D | N | C | CF | 226 | DF | D | N | C | CF |
| 17 | DF | D | N | C | CF | 47 | DF | D | N | C | CF | 77 | DF | D | N | C | CF | 107 | DF | D | N | C | CF | 137 | DF | D | N | C | CF | 167 | DF | D | N | C | CF | 197 | DF | D | N | C | CF | 227 | DF | D | N | C | CF |
| 18 | DF | D | N | C | CF | 48 | DF | D | N | C | CF | 78 | DF | D | N | C | CF | 108 | DF | D | N | C | CF | 138 | DF | D | N | C | CF | 168 | DF | D | N | C | CF | 198 | DF | D | N | C | CF | 228 | DF | D | N | C | CF |
| 19 | DF | D | N | C | CF | 49 | DF | D | N | C | CF | 79 | DF | D | N | C | CF | 109 | DF | D | N | C | CF | 139 | DF | D | N | C | CF | 169 | DF | D | N | C | CF | 199 | DF | D | N | C | CF | 229 | DF | D | N | C | CF |
| 20 | DF | D | N | C | CF | 50 | DF | D | N | C | CF | 80 | DF | D | N | C | CF | 110 | DF | D | N | C | CF | 140 | DF | D | N | C | CF | 170 | DF | D | N | C | CF | 200 | DF | D | N | C | CF | 230 | DF | D | N | C | CF |
| 21 | DF | D | N | C | CF | 51 | DF | D | N | C | CF | 81 | DF | D | N | C | CF | 111 | DF | D | N | C | CF | 141 | DF | D | N | C | CF | 171 | DF | D | N | C | CF | 201 | DF | D | N | C | CF | 231 | DF | D | N | C | CF |
| 22 | DF | D | N | C | CF | 52 | DF | D | N | C | CF | 82 | DF | D | N | C | CF | 112 | DF | D | N | C | CF | 142 | DF | D | N | C | CF | 172 | DF | D | N | C | CF | 202 | DF | D | N | C | CF | 232 | DF | D | N | C | CF |
| 23 | DF | D | N | C | CF | 53 | DF | D | N | C | CF | 83 | DF | D | N | C | CF | 113 | DF | D | N | C | CF | 143 | DF | D | N | C | CF | 173 | DF | D | N | C | CF | 203 | DF | D | N | C | CF | 233 | DF | D | N | C | CF |
| 24 | DF | D | N | C | CF | 54 | DF | D | N | C | CF | 84 | DF | D | N | C | CF | 114 | DF | D | N | C | CF | 144 | DF | D | N | C | CF | 174 | DF | D | N | C | CF | 204 | DF | D | N | C | CF | 234 | DF | D | N | C | CF |
| 25 | DF | D | N | C | CF | 55 | DF | D | N | C | CF | 85 | DF | D | N | C | CF | 115 | DF | D | N | C | CF | 145 | DF | D | N | C | CF | 175 | DF | D | N | C | CF | 205 | DF | D | N | C | CF | 235 | DF | D | N | C | CF |
| 26 | DF | D | N | C | CF | 56 | DF | D | N | C | CF | 86 | DF | D | N | C | CF | 116 | DF | D | N | C | CF | 146 | DF | D | N | C | CF | 176 | DF | D | N | C | CF | 206 | DF | D | N | C | CF | 236 | DF | D | N | C | CF |
| 27 | DF | D | N | C | CF | 57 | DF | D | N | C | CF | 87 | DF | D | N | C | CF | 117 | DF | D | N | C | CF | 147 | DF | D | N | C | CF | 177 | DF | D | N | C | CF | 207 | DF | D | N | C | CF | 237 | DF | D | N | C | CF |
| 28 | DF | D | N | C | CF | 58 | DF | D | N | C | CF | 88 | DF | D | N | C | CF | 118 | DF | D | N | C | CF | 148 | DF | D | N | C | CF | 178 | DF | D | N | C | CF | 208 | DF | D | N | C | CF | 238 | DF | D | N | C | CF |
| 29 | DF | D | N | C | CF | 59 | DF | D | N | C | CF | 89 | DF | D | N | C | CF | 119 | DF | D | N | C | CF | 149 | DF | D | N | C | CF | 179 | DF | D | N | C | CF | 209 | DF | D | N | C | CF | 239 | DF | D | N | C | CF |
| 30 | DF | D | N | C | CF | 60 | DF | D | N | C | CF | 90 | DF | D | N | C | CF | 120 | DF | D | N | C | CF | 150 | DF | D | N | C | CF | 180 | DF | D | N | C | CF | 210 | DF | D | N | C | CF | 240 | DF | D | N | C | CF |

Responda, por favor, às três perguntas seguintes:

A: Respondeu a todas as questões de forma honesta e correcta? Sim ☐ Não ☐

B: Respondeu a todas as questões? Sim ☐ Não ☐

C: Colocou as suas respostas na área correcta? Sim ☐ Não ☐



Autores: Paul Costa, PhD and Robert McCrae, PhD.
Copyright © 1992, 1996, 1999, 1999 by Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.
Copyright © 2000 by CEGOC IEA para a adaptação portuguesa. Adaptação portuguesa de Margarida Piedade de Lima e António Simões.
Edição CEGOC IEA, Av. António Augusto Aguiar 21-2º 1050-012 LISBOA.
Proibição de reprodução total ou parcial. Todos os direitos reservados. DE POSITO LEGAL 15842/01
ESSE ENVOLVER ESTA SUCESSO A TUA AÇÃO E NEGRA SEU APRESENTAR. A EXAMINAR AS SUAS A RESPOSTAS É UMA REPRODUÇÃO LÍNGUA NÃO A ÚNICA.

ANEXO G

Medidas e Desvios Padrões, Forma S, para Jovens Adultos Mulheres entre os 17 e os 20 anos

| FACETAS DO NEO-PI-R | MÉDIA | DESVIO PADRÃO |
|-----------------------------------|--------------|------------------|
| N – NEUROTICISMO | 102,4 | 19,1 |
| N1 – Ansiedade | 20,3 | 4,5 |
| N2 – Hostilidade | 14,8 | 4,3 |
| N3 – Depressão | 16,7 | 5,1 |
| N4 – Auto-consciência | 17,7 | 4,3 |
| N5 – Impulsividade | 18,1 | 3,8 |
| N6 – Vulnerabilidade | 14,4 | 4,3 |
| E – EXTROVERSÃO | 113,1 | 16,0 |
| E1 – Caloroso | 22,1 | 3,9 |
| E2 – Gregariedade | 18,7 | 4,9 |
| E3 – Assertividade | 14,1 | 3,9 |
| E4 – Actividade | 17,1 | 3,5 |
| E5 – Procura Excitação | 20,5 | 4,0 |
| E6 – Emoções Positivas | 20,2 | 4,5 |
| O – ABERTURA À EXPERIÊNCIA | 116,8 | 17,9 |
| O1 – Fantasia | 19,6 | 4,8 |
| O2 – Estética | 21,4 | 5,3 |
| O3 – Sentimentos | 21,2 | 4,0 |
| O4 – Acções | 17,2 | 3,4 |
| O5 – Ideias | 18,9 | 4,7 |
| O6 – Valores | 18,4 | 3,4 |
| A – AMABILIDADE | 116,5 | 14,9 |
| A1 – Confiança | 18,0 | 4,2 |
| A2 – Rectidão | 18,0 | 4,0 |
| A3 – Altruísmo | 22,1 | 3,9 |
| A4 – Complacência | 17,3 | 4,6 |
| A5 – Modéstia | 19,7 | 3,6 |
| A6 – Sentimental | 21,2 | 3,1 |
| C – CONSCIENSIOSIDADE | 114,3 | 17,3 |
| C1 – Competência | 19,2 | 3,6 |
| C2 – Ordem | 19,1 | 4,6 |
| C3 – Dever | 21,6 | 3,9 |
| C4 – Realização | 19,8 | 4,0 |
| C5 – Auto-disciplina | 14,8 | 4,1 |
| C6 – Deliberação | 16,3 | 4,5 |

N = 235 Mulheres; Lima & Simões (2000), p. 87.

ANEXO H

Medidas e Desvios Padrões, Forma S, para Adultos Mulheres entre os 21 e os 84 anos

| TESTES DO NEO-PI-R | MÉDIA | DESVIO PADRÃO |
|-----------------------------------|--------------|------------------|
| N- NEUROTICISMO | 98,7 | 17,9 |
| N1 – Ansiedade | 20,3 | 4,5 |
| N2 – Hostilidade | 14,9 | 4,1 |
| N3 – Depressão | 16,9 | 4,8 |
| N4 – Auto-consciência | 16,7 | 4,4 |
| N5 – Impulsividade | 15,8 | 4,2 |
| N6 – Vulnerabilidade | 13,7 | 4,2 |
| E – EXTROVERSÃO | 103,3 | 15,0 |
| E1 – Caloroso | 21,8 | 3,7 |
| E2 – Gregariedade | 16,5 | 4,6 |
| E3 – Assertividade | 13,2 | 3,6 |
| E4 – Actividade | 16,9 | 3,1 |
| E5 – Procura Excitação | 16,6 | 4,4 |
| E6 – Emoções Positivas | 18,1 | 4,1 |
| O - ABERTURA À EXPERIÊNCIA | 106,7 | 17,9 |
| O1 – Fantasia | 17,0 | 4,7 |
| O2 – Estética | 20,3 | 4,9 |
| O3 – Sentimentos | 19,3 | 3,9 |
| O4 – Acções | 16,2 | 3,6 |
| O5 – Ideias | 16,3 | 5,4 |
| O6 – Valores | 17,5 | 3,5 |
| A – AMABILIDADE | 121,8 | 15,6 |
| A1 – Confiança | 18,5 | 4,2 |
| A2 – Rectidão | 19,5 | 4,0 |
| A3 – Altruísmo | 22,3 | 3,6 |
| A4 – Complacência | 19,3 | 4,6 |
| A5 – Modéstia | 20,5 | 3,8 |
| A6 – Sentimental | 21,5 | 3,2 |
| C – CONSCIENSIOSIDADE | 120,0 | 16,9 |
| C1 – Competência | 19,7 | 3,4 |
| C2 – Ordem | 19,4 | 4,1 |
| C3 – Dever | 23,2 | 3,8 |
| C4 – Realização | 19,7 | 3,8 |
| C5 – Auto-disciplina | 19,2 | 4,0 |
| C6 – Deliberação | 18,4 | 4,6 |

N = 890 Mulheres; Lima & Simões (2000), p. 86

ANEXO I

Síntese Descritiva das Instituições de Recolha

1. DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL FERNANDO FONSECA

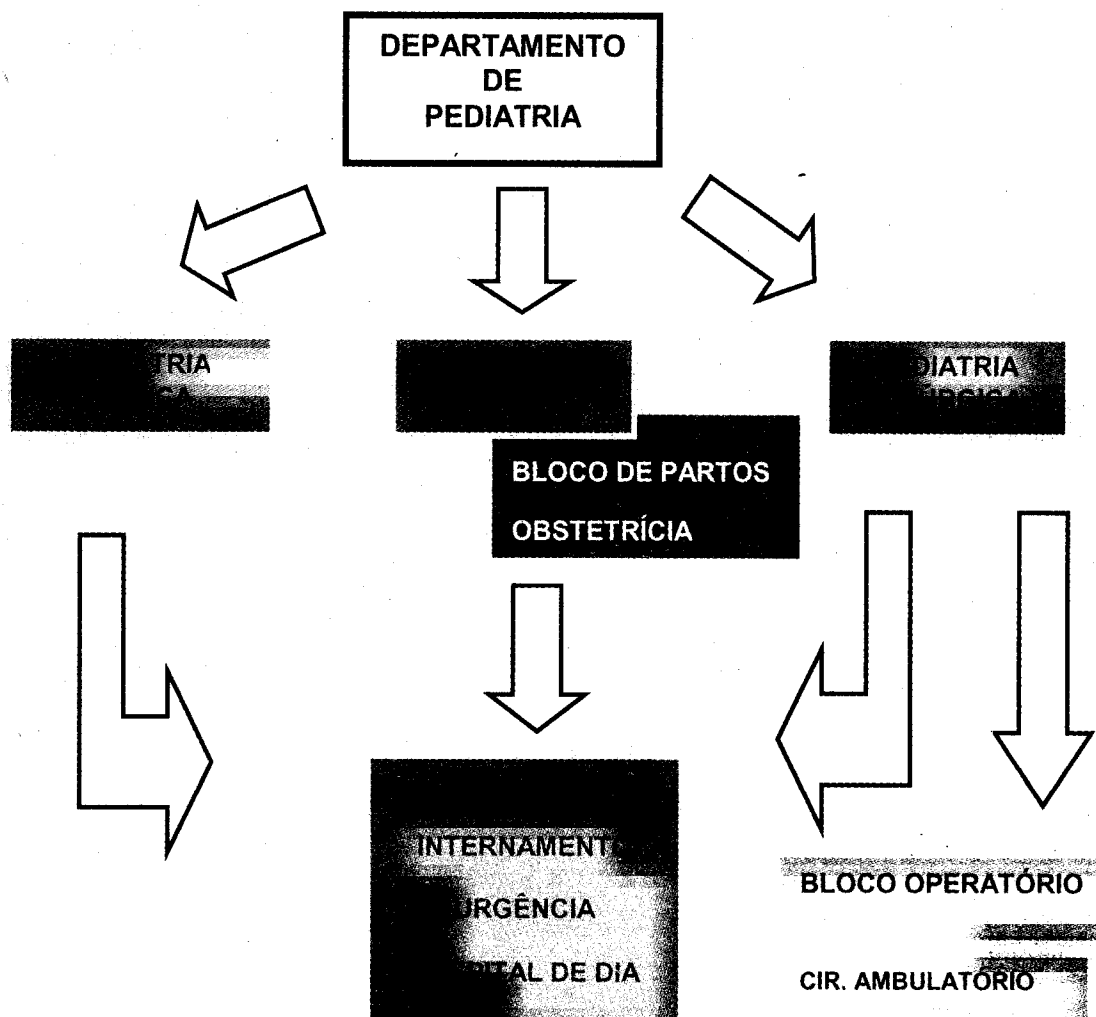
Em estreita articulação com nove Centros de Saúde, o Hospital Fernando Fonseca, presta cuidados a uma população de 600 000 habitantes. Entre este conjunto populacional estimam-se que 150 000 habitantes apresentem uma idade inferior a 18 anos. Considerando a valência da Pediatria como a Medicina Interna destinada ao grupo etário dos 0 aos 18 anos, assume-se que para efeito de cuidados de saúde, 25% da população dos Concelhos da Amadora e de Sintra recaem sob tutela do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

O Departamento de Pediatria encerra como missão “prestar cuidados de saúde hospitalares pediátricos, médicos e cirúrgicos à criança e à família, no respeito pela dignidade da criança doente e utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde” (Plano de Actividades, 2002).

Este departamento compreende os seguintes serviços:

- Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos (UCIENP)
- Internamento de Pediatria
- Urgência Pediátrica
- Pediatria Cirúrgica
- Consultas Externas

A organização e estruturação do Departamento de Pediatria pode ser observada através do organigrama que se segue:



Tal como atrás referido, uma vez que a população abarcada por esta investigação se encontra exclusivamente associada à Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e à Consulta Externa, serão estes os únicos dois serviços objecto de descrição sumária.

Com vista a uma caracterização mais detalhada da instituição de saúde, revela-se útil indicar algumas das suas estatísticas. No entanto há que referir que o Departamento de Pediatria se encontra em pleno funcionamento desde o segundo semestre de 1996, razão pela qual não se apresentam dados estatísticos referentes a esse ano, uma vez que não contemplariam o ano cronológico por inteiro. Relativamente aos dados que consubstanciam a natalidade, estes são conferidos tendo em consideração as crianças que nasceram neste mesmo hospital. Por razões óbvias o mesmo não se aplica aos

números apresentados relativamente à ocupação das unidades de cuidados intensivos e especiais neonatais.

Tomando como ponto de partida para a caracterização estatística do Hospital Fernando Fonseca, o índice de natalidade, assianalam-se os seguintes registos:

| ANO | NÚMERO DE CRIANÇAS NASCIDAS |
|------|-----------------------------|
| 1997 | 5015 |
| 1998 | 5513 |
| 1999 | 5568 |
| 2000 | 5855 |
| 2001 | 5443 |
| 2002 | 5185 |

A par da natalidade há que enunciar as taxas de mortalidade que se encontram inscritas no quadro infra.

| ANO | TAXA DE MORTALIDADE |
|------|---------------------|
| 1997 | 4,2% |
| 1998 | 4,5% |
| 1999 | 2,7% |
| 2000 | 3,2% |
| 2001 | 3,6% |

A respeito dos dados disponíveis, acresce ainda referir que não se afigura possível apresentar dados que se reportem ao critério de prematuridade (menos de 37 semanas de gestação) uma vez que a estatística hospitalar versa apenas o índice de “peso à nascença”. Assim, é possível anotar que entre 1997 e 2001, o número de recém-nascidos com menos de 2500g, (denominados “recém-nascidos de baixo peso”), distribui-se da seguinte maneira:

| ANO | NUMERO DE CRIANÇAS NASCIDAS < 2500G |
|------|-------------------------------------|
| 1997 | 396 |
| 1998 | 477 |
| 1999 | 441 |
| 2000 | 432 |
| 2001 | 441 |

Por seu turno os recém nascidos de “muito baixo peso” RNMBP (peso à nascença inferior a 1500g), apresentam a distribuição que se segue:

| ANO | NUMERO DE CRIANÇAS NASCIDAS < 1500G |
|------|-------------------------------------|
| 1997 | 50 |
| 1998 | 65 |
| 1999 | 59 |
| 2000 | 68 |
| 2002 | 80 |

Relativamente às situações de internamento, verifica-se que quer em termos de cuidados intensivos quer em termos do internamento geral em pediatria, as prestações reflectem a seguinte cronologia sumária:

| ANO | INTERNAMENTOS GERAIS | INTERNAMENTOS UNIDADES INTENSIVAS |
|------|----------------------|-----------------------------------|
| 1997 | 522 | 168 |
| 1998 | | 170 |
| 1999 | | 174 |
| 2000 | | 192 |
| 2001 | | 205 |

O espaço de amostragem onde foram conduzidos os procedimentos de recolha situou-se principalmente ao nível das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais e da Consulta de Desenvolvimento do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

As Unidades de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca encontram-se divididas não só pela sua natureza funcional, como também em termos do espaço físico e da população, como o quadro seguinte procura inventariar.

| INSTALAÇÕES | ACOMODAÇÕES | POPULAÇÃO | PROVENIÊNCIA | PATOLOGIAS |
|---|----------------------------|--|--|--|
| | | | | MAIS FREQUENTES |
| Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais UCIN | 6 incubadoras | Recém-nascidos no período neonatal (0 a 28 dias), nascidos no hospital | Bloco de Partos Internamento na Obstetrícia do HFF | Prematuridade |
| Unidade de Cuidados Especiais Neonatais UCEN | 8 incubadoras 10 berços | | | Síndrome de Deficiência Respiratória (SDR) |
| | | | | Risco Infeccioso |
| | | | | Atraso de Crescimento Intra Uterino (ACIU) |
| | | | | Síndrome de Abstinência |
| | | | | Malformações Congénitas |

Inseridas no âmbito da Consulta Externa de Pediatria e entre várias sub-especialidades médicas (por exemplo, Alergologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Neurologia, entre outras) encontra-se a Consulta de Desenvolvimento. Nesta consulta são seguidos bebés e crianças cujo o grau de desenvolvimento psicomotor ainda inspire uma vigilância atenta. Na verdade, entre os grupos populacionais de crianças com maior representação que recorrem à consulta de desenvolvimento surgem os prematuros e, em particular, os “grandes prematuros”. Constituiu esta a razão principal na eleição da Consulta de Desenvolvimento para efeitos de recolha da amostra, pois após a alta, a evolução da criança prematura é normalmente monitorizada através da equipa de desenvolvimento.

2. MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA (MAC)

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa é classificada como “Hospital Central de Agudos”. Para além de uma lotação de cerca de 330 camas distribuídas por 8 unidades de internamento, existem vários serviços de apoio proporcionando aos utentes uma abordagem multidisciplinar.

Todavia, tendo presente o propósito da actual caracterização e à semelhança da descrição relativa ao Hospital Fernando Fonseca, abordar-se-á exclusivamente o Serviço de Pediatria, nomeadamente, as Unidades de Internamento de Neonatologia. A Maternidade Dr. Alfredo da Costa possui 5 unidades de internamento de Neonatologia com um total de 163 berços. Neste total global, para além dos locais de internamento em berços junto das mães, estão incluídas três (3) Unidades de Cuidados Especiais para recém-nascidos.

Para uma caracterização dos índices de natalidade e mortalidade ocorridos nesta instituição, convém anotar as seguintes estatísticas:

| NADOS VIVOS RN > 2500G | 6525 | 6933 | 5588 | 5576 |
|---|------|-------|------|------|
| NADOS VIVOS RN < 2500G | 735 | 749 | 721 | 703 |
| TOTAL NADOS VIVOS POR ANO/SEMESTRE | 7260 | 7682 | 6309 | 6279 |
| NADOS MORTOS | 88 | 63+1* | 72 | 61 |
| FALECIDOS RN > 2500g | 10 | 4 | 6 | 5 |
| FALECIDOS RN < 2500g | 32 | 44 | 32 | 43 |
| TOTAL FALECIDOS POR ANO/SEMESTRE | 42 | 48 | 38 | 52 |

*1 nado morto entrou com mãe

Configurando os números acima identificados em expressão percentual, verificam-se as seguintes taxas de mortalidade de recém-nascidos na MAC e, de recém-nascido vindos de outras instituições de saúde (para a MAC).

| FETOMORTALIDADE | 11,98% | 8,26% | 11,28% | 9,62% |
|--|--------|--------|--------|--------|
| TAXA MORTALIDADE RN > 2500G (vindos do exterior) | 38,96% | 34,88% | 13,69% | 22,47% |
| TAXA MORTALIDADE RN < 2500G (vindos do exterior) | 33,33% | 89,28% | 93,75% | 37,03% |
| TAXA MORTALIDADE RN NASCIDOS MAC E VINDOS DO EXTERIOR | 5,68% | 6,13% | 5,89% | 8,00% |
| TAXA MORTALIDADE RN NASCIDOS MAC | 5,10% | 5,20% | 4,91% | 7,48% |
| TAXA MORTALIDADE RNBP* NASCIDOS MAC | 40,82% | 52,06% | 36,06% | 61,16% |

* RNBP – “Recém-Nascido de Baixo Peso”

No que respeita aos dados supra-assinalados relativos ao “baixo peso à nascença” (critério muitas vezes associado à prematuridade), esta caracterização percentual pode ser ainda mais esclarecida recorrendo à tabela que se segue onde se observa que uma expressão percentual notória das crianças admitidas nesta maternidade (vindas do exterior) ao longo dos últimos anos são de facto recém-nascidos de baixo peso.

| | | | | |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | |
| TAXA DE RNB NASCIDOS MAC | 11,98% | 9,75% | 11,42% | 11,19% |
| TAXA DE RNB ADMITIDOS MAC | 38,96% | 39,43% | 46,71% | 37,76% |

Relativamente aos indicadores de prematuridade (peso à nascença e idade gestacional), registam-se a incidência e distribuição no que respeita ao nascimento e falecimento destes recém-nascidos na instituição em apreço. Alerta-se para o facto de que os dados constantes do quadro abaixo apresentado se reportam apenas às crianças de baixo peso nascidas na MAC. Os dados relativos aos recém-nascidos admitidos na MAC não foram analisados, por se considerar que para efeitos de caracterização geral os primeiros serviriam este propósito.

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| NASCIMENTOS | | | | |
| Até 499g | 2 (0,3%) | 0 (0,0%) | 3 (0,4%) | 8 (1,1 %) |
| 500 a 749g | 16 (2,2%) | 30 (4,0%) | 26 (3,6%) | 26 (3,7 %) |
| 750 a 999g | 38 (5,2%) | 29 (3,9%) | 34 (4,7%) | 35 (5,0 %) |
| 1000 a 1249g | 32 (4,4%) | 26 (3,5%) | 46 (6,4%) | 44 (6,3 %) |
| 1250 a 1499g | 56 (7,6%) | 50 (6,7%) | 39 (5,4%) | 54 (7,7 %) |
| 1500 a 1999g | 158 (21,5%) | 182 (24,3%) | 168 (23,3%) | 153 (21,8 %) |
| 2000 a 2499g | 433 (58,9%) | 432 (57,7%) | 405 (56,2%) | 383 (54,5 %) |
| TOTAL | 735 | 749 | 721 | 703 |
| FALECIMENTOS | | | | |
| Até 499g | 2 (0,3 %) | 2 (0,3%) | 3 (0,4 %) | 8 (18,6 %) |
| 500 a 749g | 7 (43,8 %) | 11 (36,7 %) | 9 (34,6 %) | 16 (37,2 %) |
| 750 a 999g | 6 (15,8 %) | 8 (27,6 %) | 5 (14,7 %) | 5 (11,6 %) |
| 1000 a 1249g | 2 (6,3 %) | 3 (11,5 %) | 2 (4,3 %) | 4 (9,3 %) |
| 1250 a 1499g | 2 (3,6 %) | 5 (10,0 %) | 2 (5,1 %) | 4 (9,3 %) |
| 1500 a 1999g | 7 (4,4 %) | 7 (3,8 %) | 3 (1,8 %) | 2 (4,7 %) |
| 2000 a 2499g | 4 (0,9 %) | 3 (0,7 %) | 2 (0,5 %) | 4 (9,3 %) |

Embora para efeitos da actual investigação não se tenham assinalado os nados mortos por peso à nascença, estes dados estão quantificados nas estatísticas em apreço.

Relativamente à Idade Gestacional os números apresentados pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa indicam não somente os dados, conforme o sexo, sobre os recém-nascidos que sobreviveram mas também sobre os nados mortos. Para efeitos da investigação em causa apenas se fará referência numérica às crianças nascidas na MAC com menos de 37 semanas de idade gestacional, uma vez que este se apresenta como um outro dos indicadores de prematuridade. Com efeito, constata-se que isolando este indicador de prematuridade nasceram nos anos de 2000 e 2001, 820 e 796 crianças prematuras, respectivamente.

| | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------------|------|------|------|
| SEMANAS | | | |
| < 24 s | 72 | 46 | 49 |
| 25 a 28 s | 72 | 76 | 72 |
| 29 a 32 s | 156 | 171 | 167 |
| 33 a 36 s | 520 | 503 | 508 |

Como atrás referenciado quanto aos locais de recolha da amostra, ao contemplar de modo exclusivo as Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais do Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, abarcou fundamentalmente a área do Internamento em Neonatologia. Num esclarecimento tópico da organização e diferenciação do Internamento em Neonatologia cabe fazer uma breve resenha das unidades que o compõem e do seu perfil funcional:

| | |
|---|---|
| UNIDADE DE PUÉRPERAS I | Constituída por 51 berços encontram-se internadas as mães e os bebés que nasceram por parto normal. |
| UNIDADE DE PUÉRPERAS II | Enfermaria destinada a mães e bebés cujo últimos tenham nascido por cesariana. É composta por 39 berços. |
| SERVIÇO DE URGÊNCIA | Dez berços onde se encontram os bebés acabados de nascer, a acompanhar as suas mães. |
| UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA RECÉM-NASCIDOS | Presta cuidados diferenciados aos bebés cujo estado clínico inspira maior atenção. Doze postos de ventilação assistida (respiração auxiliada por ventilador). |
| UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS AO RECÉM-NASCIDO | Bebés que necessitem de tratamento diferenciado mas que não necessitem de ventilação assistida, assim como aqueles que já tiveram alta da UCI-RN; 18 incubadoras e 13 berços. |

De forma tónica foi possível depreender que quer a Maternidade Dr. Alfredo da Costa quer o Hospital Fernando Fonseca apresentam taxas de natalidade que, nestes parâmetros, os colocam à frente na lista das maiores maternidades do país. Esta expressão estende-se também aos registos de nascimentos pré-termo, tendo perfigurado uma das razões para a sua eleição como instituições de recolha da amostra.

ANEXO J

Comparação do Perfil da Personalidade entre o Sub-Grupo “Raça Negra” ($n = 58$) e Sub-Grupo “Outras Raças” ($n = 243$), da Variável “Raça Materna”

| DOMÍNIOS E FACETAS | M ($n = 58$) M ($n = 243$) | VALOR DE t | VALOR DE p |
|--------------------|-----------------------------------|---------------|---------------|
| N1 | 20,17 | -0,17 | 0,86 |
| | 20,27 | | |
| E1 | 20,44 | -3,65 | 0,001 |
| | 22,20 | | |
| O1 | 15,43 | -4,13 | 0,001 |
| | 17,85 | | |
| A1 | 18,15 | -1,32 | 0,19 |
| | 18,88 | | |
| C1 | 18,55 | -3,69 | 0,001 |
| | 20,14 | | |
| N2 | 14,68 | 1,51 | 0,13 |
| | 13,90 | | |
| E2 | 15,17 | -2,31 | 0,02 |
| | 16,58 | | |
| O2 | 18,34 | -2,74 | 0,01 |
| | 20,00 | | |
| A2 | 18,71 | -1,94 | 0,05 |
| | 19,66 | | |
| C2 | 18,97 | -1,69 | 0,09 |
| | 19,97 | | |
| N3 | 17,64 | 3,44 | 0,001 |
| | 15,47 | | |
| E3 | 14,14 | -,094 | 0,35 |
| | 14,60 | | |
| O3 | 18,19 | -3,27 | 0,001 |
| | 19,81 | | |
| A3 | 21,38 | -3,40 | 0,001 |
| | 23,01 | | |
| C3 | 20,81 | -4,14 | 0,001 |
| | 22,74 | | |
| N4 | 17,85 | 3,90 | 0,001 |
| | 15,83 | | |
| E4 | 16,81 | -2,05 | 0,04 |
| | 17,79 | | |
| O4 | 15,22 | -1,53 | 0,13 |
| | 15,92 | | |
| A4 | 19,26 | 0,526 | 0,60 |
| | 18,98 | | |
| C4 | 18,91 | -2,59 | 0,01 |
| | 20,07 | | |
| N5 | 15,50 | -0,41 | 0,68 |
| | 15,71 | | |
| E5 | 15,98 | -,081 | 0,42 |
| | 16,45 | | |
| O5 | 15,00 | -4,23 | 0,001 |
| | 17,70 | | |

| FACETAS | | | |
|---------|--------|-------|-------|
| A5 | 20,09 | -1,28 | 0,20 |
| | 20,67 | | |
| C5 | 18,22 | -3,96 | 0,001 |
| | 20,19 | | |
| N6 | 14,21 | 2,39 | 0,02 |
| | 12,96 | | |
| E6 | 18,66 | -3,97 | 0,001 |
| | 20,90 | | |
| O6 | 16,54 | -4,06 | 0,001 |
| | 18,12 | | |
| A6 | 20,81 | -2,77 | 0,01 |
| | 21,98 | | |
| C6 | 17,67 | -0,51 | 0,61 |
| | 17,95 | | |
| N | 100,05 | 2,72 | 0,01 |
| | 93,94 | | |
| E | 101,21 | -3,64 | 0,001 |
| | 108,34 | | |
| O | 98,72 | -4,87 | 0,001 |
| | 109,15 | | |
| A | 118,40 | -1,95 | 0,05 |
| | 122,59 | | |
| | 113,12 | -3,49 | 0,001 |
| | 120,76 | | |